

紛争時、紛争後におけるメンタル・ヘルスの役割

紛争時、紛争後におけるメンタル・ヘルスの役割



平成17年12月

独立行政法人
国際協力機構
国際協力総合研修所

平成17年12月

独立行政法人 国際協力機構
国際協力総合研修所

総研
JR
04-48

紛争時、紛争後における メンタル・ヘルスの役割

喜多 悦子

日本赤十字九州国際看護大学教授

平成17年12月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所

本報告書は、平成16年度独立行政法人国際協力機構客員研究員に委嘱した研究結果をとりまとめたものです。本報告書に示されている様々な見解・提言などは必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

発行：独立行政法人国際協力機構 国際協力総合研修所 調査研究グループ

〒162 8433 東京都新宿区市谷本村町10 5

FAX : 03 3269 2185

E-mail: iictae@jica.go.jp

目 次

要約	i
はじめに	1
1 . メンタル・ヘルス	3
1 - 1 メンタル・ヘルスとは何か	3
1 - 2 精神障害の分類	4
1 - 2 - 1 不安障害 (Anxiety Disorder)	4
1 - 2 - 2 ストレス障害 (Stress Disorder)	5
1 - 2 - 3 強迫性障害 (Obsessive-compulsive Disorder)	7
1 - 2 - 4 気分障害 (Mood Disorder)	7
1 - 2 - 5 身体表現性障害 (Somatoform Disorder)	8
1 - 2 - 6 人格障害 (Personality Disorder)	8
1 - 2 - 7 統合失調症 (Schizophrenia)	8
1 - 2 - 8 その他家庭内暴力、虐待など	8
2 . 国際保健におけるメンタル・ヘルス	12
2 - 1 国際保健におけるメンタル・ヘルスの流れ	12
2 - 2 紛争時と紛争後における個人レベルのメンタル・ヘルス	14
2 - 2 - 1 紛争時の個人的メンタル・ヘルス	14
2 - 2 - 2 身体的外傷からの影響	15
2 - 2 - 3 性暴力 (Sexual Violence)	16
2 - 2 - 4 人権侵害	16
2 - 2 - 5 そのほかの個人的メンタル・ヘルス面に及ぼす紛争の間接的影響	17
2 - 3 集団のメンタル・ヘルス	20
3 . 紛争の変遷	22
3 - 1 戦争とは	22
3 - 2 さまざまな戦争 - 被災者は誰か、救護を受けているのは誰か	25
3 - 2 - 1 熱い戦争 (Hot War)	25
3 - 2 - 2 冷戦 (Cold War)	26
3 - 2 - 3 地域武力紛争 (Complex Humanitarian Emergency)	28
3 - 2 - 4 人道的介入によるHealth Crisis	32
3 - 2 - 5 テロリズム	34
3 - 3 新たな人為災害 (CHE、人道的介入、テロリズム) とHealth	36
4 . 人間の安全保障	38

5 . Post-conflict Rehabilitation 紛争後復興とメンタル・ヘルス	40
6 . カンボジアの事例	43
6 - 1 カンボジアの地勢と文化	43
6 - 2 紛争の経緯	44
6 - 2 - 1 ポル・ポト時代以前	44
6 - 2 - 2 ポル・ポト時代	45
6 - 2 - 3 ポル・ポト後の鎖国時代	45
6 - 2 - 4 紛争後復興期	46
6 - 3 復興期の健康問題	47
6 - 4 カンボジア復興過程	51
6 - 5 カンボジアのメンタル・ヘルス	52
6 - 5 - 1 精神医療の現状	52
6 - 5 - 2 ポル・ポト時代のメンタル・ヘルスへの影響	53
6 - 5 - 3 復興期のメンタル・ヘルス・サービス	57
6 - 5 - 4 カンボジア女性の健康とメンタル・ヘルス	59
6 - 6 カンボジア現地調査	63
6 - 6 - 1 Transcultural Psychosocial Organization (TPO)	63
6 - 6 - 2 コンボン・トム州立病院 - 精神科外来	67
6 - 6 - 3 シアヌーク病院外来精神科クリニック	67
6 - 6 - 4 Psychological Rehabilitation Center	68
7 . アフリカ紛争地 (2000年12月～2001年 2 月 アフリカ紛争地調査).....	69
7 - 1 モンキーボックス	69
7 - 2 ザイール東部の妊産婦死亡率	70
8 . 紛争後復興と地域メンタル・ヘルス Community Mental Health - 新しい対応	71
8 - 1 地域メンタル・ヘルスとは	71
8 - 2 Community Mental Healthの事例	73
8 - 2 - 1 スーダン	73
8 - 2 - 2 ウガンダ	73
9 . 紛争防止と育児環境	77
10 . 提言	80
参考文献	83
略歴	89

要 約

本稿は、これまで、ほとんどなおざりにされてきた紛争時や紛争後の「地域メンタル・ヘルス (Community Mental Health)」を取り上げる。

世界保健機関 (World Health Organization: WHO) の年報「World Health Report 2001」は、メンタル・ヘルスを取り上げている。世界でメンタル・ヘルスや行動に障害を持つ人々は4億5千万、全人口に占める比率は7%にあたると推定している。しかし、また、適切な治療を受けることができるのは、その中のわずかな人々にすぎないとも指摘している。

WHOは、1946年に制定した健康の定義で、身体的 (physical) のみならず、社会的 (social) および精神的 (mental) に良好な状態として、メンタル・ヘルスに言及している。しかし、メンタル・ヘルスは、長い間、大きな関心を引いてこなかった。おそらく、メンタル・ヘルスは、直接、多数者の生死にかかわらないことや、その評価や介入の方法が確立していなかったことから、世界的戦略であったPHC (Primary Health Care) でも、取り上げられる場が見つけられなかったであろう。

WHOによれば、2000年現在、世界の障害調整生命年 (Disability-Adjusted Life Year: DALY) に占める精神障害の割合は約20%と大きい、2020年にはさらに大きくなると推測している。社会が複雑化するにつれて、人々の健康におけるメンタル・ヘルスの問題が増えたのか、その知見が増えて、問題が明らかになったのか。おそらく、その両方であろう。

途上国や未開地での狂気の発生に関する研究、紛争とメンタル・ヘルスの関係、また、先進国における移民の精神問題については、かなりの歴史があるが、国際保健や途上国の公衆衛生面における関心は比較的新しい。

開発協力の分野では、1970年代に、途上国から先進国に移住した人々、特に、ベトナム戦争に関連して、第三国へ避難した人々の異文化不適合や精神障害や、また、戦争に従軍した先進国兵士の心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) に関心が高まった。PTSDは戦争によって確立した疾患ともいえるが、これらは、あくまで、先進国における、特定少数者の、個人レベルのメンタル・ヘルス問題であった。

本稿が目的とする地域のメンタル・ヘルスは、現在でも、十分、認識されているとはいえないが、Complex Humanitarian Emergency (CHE) (実態は地域武力紛争) によって引き起こされている地域社会や家庭の崩壊が、その後の復興を妨げているのみならず、紛争遷延との関連において、注目を浴びるようになったといってもよい。とはいえ、地域社会や集団のメンタル・ヘルスにおける紛争の影響については、ほとんど、研究はなされていない。

本稿では、集団のメンタル・ヘルスは、個々人の医学的な精神障害とは異なることの理解を得るため、まず、専門的に認識されている精神障害をについて、簡単に解説した。

次いで、複雑化している紛争の変遷を追跡しつつ、その経過に伴い、個々の人々とともに、集

団としての地域社会のメンタル・ヘルスへの影響を検証した。

戦争をはじめとするさまざまな紛争は、常に一般住民の生命、健康 - 身体的、社会的そして精神的健康を脅かす。通常、紛争や自然災害のインパクトは、喪失した生命（死者の数）や傷害された機能（外傷数と後遺症）によって評価される。しかし、これはあくまで身体的健康障害の評価であり、社会的、精神的障害を示しているとはいえない。それにしても、第一次世界大戦では20%、第二次世界大戦では、わが国の沖縄、広島、長崎やナチスドイツによるジェノサイドの一般犠牲者を含め約50%と推定される住民の生命の喪失の割合は、1990年代以降、90%を超えていると推定されている。当然、社会的な、また精神的な健康の障害も拡大しているであろう。

かつての国家間覇権争い、冷戦時代の思想対立にかわり、1990年代以降は、宗教や民族の違いなど、身近な理由による地域武力紛争（CHE）が頻発するようになった。CHEでは、戦いが身近になり、誰でも戦いの担い手になれる一方、誰もが攻撃の対象になる。特に民族性を帯びた対立では、家族や自分の生命を守るために、それまでの親しい隣人に襲われたり、隣人を襲わなければならない。

暴力や武力が蔓延する中で、恐怖が日常化し、自分や家族の生命の喪失と襲撃への恐怖、財産や食糧など所有物略奪の恐れ、また、家族の離散崩壊による不安、他人への不信感などが生まれる。また、避難生活となれば、外部援助に委ねなければならない生存の不安がある一方、長期間の外部依存によるその日暮らしの受け身生活のため、希望や将来への展望が失われる。徐々に武器や暴力になれることもメンタル・ヘルスをおかす原因となっている。CHE国／地帯では、しばしば、家族や地域社会が崩壊し、伝統文化にかわって復讐の文化が蔓延し、人々はidentity（このころのよりどころ）を持ってなくなっている姿をみる。日常生活の中の対立により、人々は信頼関係を失い、急激に、または徐々に人々のメンタル・ヘルスが損なわれていく。

また、CHEでは、しばしば複数の武力権力者が対立し、援助活動に軍隊の関与を要する不穏な事態も多く、戦争でもなく、平和でもない状態が遷延する。Post-Conflict Rehabilitationという考えは、このような状態のCHEへの支援をいかに行うかから生まれたが、救急医療や社会インフラの整備だけでは、真の復興はあり得ないことから、個々の人々だけではなく、地域社会のメンタル・ヘルスへの関心が高まったといえる。

このような例としてカンボジアの経過を述べた。

カンボジアは、第二次世界大戦時の日本の影響をはさみ、長くフランスの保護下にあったが、常に近隣国や世界の大国の影響下にあった。1949年の独立から1965年頃までは比較的安定していたが、ベトナム戦争の激化に伴い、米国と断交、親社会主義路線を強化したことから、親米派のクーデターを招き、その後の長い内戦が始まった。

混乱の中で勢力をのびしたポル・ポト派は、未熟な農業本位民族主義を強制し、近代文明を否定し、知識階級や熟練者を手始めに、後には無差別な粛清を行い、4年弱の間に100万人以上ともされる同族虐殺を行った。統治能力を持たなかったともいえるポル・ポト政権は、隣国ベトナムに支援されたヘン・サムリンにより終わったが、辺境地に逃れた後も、米国や隣国タイの支援を受け、ゲリラ戦を含む内戦状態を続けた。その後、ベトナムの政変や国際社会の支援により、

25年にわたるカンボジアの内戦は、1991年の国連カンボジア暫定統治機構（United Nations Transitional Authority in Cambodia: UNTAC）の派遣により終わったといえる。

局所的な紛争や武力クーデターもあったが、わが国などの支援により、カンボジアの国家復興は順調に進んでいるといえる。しかし、都市部の発展に比し、農村部の貧しさは変わっていない。国内格差が広がる中で、貧しい人々の間に残る紛争関連のメンタル・ヘルス問題はまだ払拭されていない。いわゆる緊急援助の時期ではなく、また、古典的なインフラ整備を中心とする開発協力では、これらの地域の復興は果たせない。

Community Mental Healthは地域精神衛生と訳されているが、ただ病院や収容施設の外で精神衛生活動をするというのではなく、地域社会の住民のニーズに適合したサービス内容とサービス・システムづくりを目指し、さらには社会システムそのものに問題があればそれをも改善していこうとする姿勢が必要とされる、新しい取り組みといえる。

カンボジアでは、1990年代初頭、ノルウェーの支援による精神科医や精神科看護師養成が行われた。一方、オランダ Vrije大学の精神科医師らによって始められた活動を引き継いだTPO（The Transcultural Psychosocial Organization）カンボジアが、地域集団を対象とするメンタル・ヘルス・サービスを行い、規模は小さいながら、成果を挙げているといえる。その方法は、カンボジア固有の文化、いわばspirit（精神）を取り戻すことこそが真の癒しになるとし、Community-based Approachの手法を用いた話し合いの場を広げることといえる。古来の文化や伝統を尊重しつつ、適切な西洋の考えを取り入れ、カンボジア人自らがプログラムを作成することが重要だとし、農村部では、村のリーダーらに基礎的なメンタル・ヘルスの概念を教え、その地の人々たちが、自分たちの問題を自ら解決できる能力をつけられるような短期間のトレーニングを行っている。特別な計画ではなく、住民の語りを通じて癒しを目指す試みは、かつてUNICEF・ウガンダが、学校など地域の組織を利用して行っていたcommunity mental healthと通じるものともいえる。

本稿は、直接的には、途上国の紛争地におけるメンタル・ヘルスを論じている。しかし、最近、世界的に、突発的な暴力行為が増加しており、わが国でも、若年者のみならず、中高年層による犯罪が増加と凶悪化する傾向にある上、特に、青少年による家族や友人、また、ホームレスやその他不特定者への襲撃や殺人事件が激増している。途上国における紛争の蔓延、先進国における犯罪の増加は、一見、異なるものとみえるが、実は共通の「病因」による「地域メンタル・ヘルスの障害」によるものではないかと、筆者は考えている。一方は、貧困や差別が、もう一方は豊饒や退廃が、人々の生きがいを失わせているのではないかと、それが、暴力を生み、互いのメンタル・ヘルスを損ない合うのではないかと考える。

わが国には、「三つ子の魂、百まで」ということわざがあるが、最近の脳科学の発達からは、適正な社会性を持つ人間に育つためには、幼児期の脳への適正な刺激が必要ながことが分かってきている。子ども自身の素因もないわけではないが、家族の育児に対する意識を含め、その対応能力や社会の働きかけなどの環境要因の影響が大きいことも分かってきた。

筆者は、世界各地に発生している武力、暴力行為は、表現は異なるものの、共通した地域のメンタル・ヘルス問題と考えている。ある地域では、個人の犯罪として、ある地域では、少数若年

者集団の過激な暴力行為として、ある地域では、より多数者を含む集団暴力として、ある地域ではテロや民族対立、または紛争として現れているのではないか。

地域社会が病んでいる、ともいいたい現状から、途上国、特にCHE地域の育児環境の実態を思うと、紛争予防や平和構築といった対策は、世代を超えた長い道程を覚悟して取り組むべき問題であることに改めて気づかされる。

なお、本研究には日本赤十字九州国際看護大学坂本洋子副学長・精神看護学教授、同じく石橋通江精神看護学講師の助言を得たことを記し、謝意を表す。

はじめに

世界保健機関（World Health Organization: WHO）は、1948年の設立時から、健康とは、「単に病気がないとか、病弱でないというのではなく、身体的（physical）にも、精神的（mental）（以下、メンタル）にも、そして社会的（social）にも良好な状態（well-being）である¹」と定義し、身体的だけでなく、精神的および社会的な健康が良好であることにも関心を払っていた。この着想は、当時にとっては画期的であったが、精神的および社会的健康が真に取り上げられるまでには、数十年を要している。

社会的存在であるべきヒトにとってのメンタルな健康（以下、メンタル・ヘルス）は、身体的健康や社会的健全さとともに必須のものであるにもかかわらず、これまで、国際社会が、実際に膨大な資金と知的エネルギーと時間を費やしたのは、身体的健康のみであった。そして、現在もなお、本質的にはその傾向にあるといわざるを得ない。

では、なぜ、メンタル・ヘルスに対して、ほとんど注意が払われてこなかったのでしょうか。また、なぜ最近、メンタル・ヘルスが注目されるようになり、どのような対応がなされているのか、そして、必要となっているのだろうか。

WHOは、2001年の年報でメンタル・ヘルスを取り上げている。メンタル・ヘルスや行動に障害を持つ人々の数は、世界中で4億5000万、全人口の7%にあたると推定している。しかし、適切な治療を受けることができるのは、その中のわずかな人々にすぎないとも指摘している。

近年、脳の機能や認知に関する神経科学²や行動科学³が急激に発展した。メンタルな不健康は身体の障害と同様、生物学的原因で起こること、さらにその機能からして、心理学的要因によって起こることも容易に理解される。さらに、近年のわが国での自殺の増加⁴から分かるように、経済的社会的要因が強く影響することも解明されつつある。なお、多くの不明な点があるものの、重要なことは、今まで、専門的な精神医学領域で論じられてきた精神障害の範疇を超えた問題が、先進国においても生じていることである。

まず、本稿が対象とするのは、どちらかといえば、集団を対象とする社会学的なメンタル・ヘルスであって、医学的に確立している精神疾患とは同一のものではないことを指摘しておきたい。さらに、紛争とメンタル・ヘルスの関係については、心的外傷後ストレス障害（Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD）そのものが、戦争によって生まれた疾病概念ともいえるが、本稿が目

¹ 資料によれば、physicalはsomething positive、mentalはjoyful attitude towards life、socialはfitness resulting from positive factors, such as adequate feeding, housing and trainingとされ、現在、想定されているものとは多少違いがあると思われる。また、1998年には、「Health is a *dynamic* state of complete physical, mental, spiritual and social.....」と定義の改変が論じられたが、結局、見送られた。

² 頭脳内の情報処理のシステムや知能の質を解明する研究分野で、認知科学（cognitive science）ともいう。心理学、言語学、哲学また行動科学などとも関連して研究が進んでいる。

³ ヒトの行動／行為を、そのヒトが属する地域集団、社会、文化やさらにその周辺の自然環境などとの関係において研究する新しい社会科学的分野を行動科学（behavioral science）とするが、既存の社会学系領域や、自然科学系の多分野を包含する。ヒトのみを対象としない。

⁴ 2004年の自殺者は32,325人で、過去最悪の2002年より2,102人（6.1%）減。しかし、30～50歳の男性が13,402人（41%）で、最大は経済的理由。また、小中学生は80人（2002年より14%減）、高校生は204人（同9.3%減）。特異な形のインターネットを介する集団自殺は55人（2004年）、統計開始の2002年より21人（62%）増。

的としている地域社会のメンタル・ヘルスに対する紛争の影響は、ほとんど研究されていないことである。

地域住民は、戦争を含むどんな災害であれ、最大の犠牲者である。客観的に把握しやすい身体の外面的損傷や疾病に対して、主観的でもあり、第三者には把握し難い精神的損傷（こころの傷）はなおざりにされ、人間に関しては、常に、生命の喪失や外傷とその後遺症が取り上げられてきた。

1960年代に紛争被災者救援の経験を持つ米国の外科医Jim Cobey（Refugee International NGO）らは、1980年から1992年における約130事例中、戦闘による死亡（battlefield deaths）が1,000以上の紛争は32としているが、後述する地域武力紛争（Complex Humanitarian Emergency: CHE）では、戦場や戦闘期間を明確に限定すること、純粋な戦死を認定することも困難な状態が持続する。しかし一方、第一次世界大戦では20%以下、第二次世界大戦では50%と推定された一般住民（civilian）の紛争死は、1980年代に80%を超え、CHEが多発した1990年代以降には、紛争犠牲者に占める一般住民の割合はさらに高く90%以上とされている。戦いが身近になったことが、人々のメンタル面に大きな影響を与えていることが、次第に認識されるようになったといえる。

国際保健や開発協力分野では、1970年代には、途上国から先進国に移民した人々や、特に、ベトナム戦争と関連したPTSDが注目されたこともあって、紛争に従事した人々のメンタル・ヘルスへの関心が高まったが、これらは、あくまで先進国における特定少数者の問題であり、本稿で述べるCHEと関連した地域のメンタル・ヘルスではなかった。紛争の経過に伴い、個人のメンタル・ヘルスから集団のそれを問題としなければならなくなった過程を検証し、開発分野でいかなる取り組みが可能か、また、必要かを述べたい。

1 . メンタル・ヘルス

1 - 1 メンタル・ヘルスとは何か

国際保健医療協力分野におけるメンタル・ヘルスとは何を意味するのか？

精神医学（psychiatry）⁵という言葉からは、明白に医学の一専門分野が想定されるのに対し、メンタル・ヘルス（mental health）といった場合は、精神科専門医だけが扱う、特殊な医学分野、医療行為だけでなく、カウンセラーや経験のある看護／保健専門家も関与する、やや広い領域を含んでいると考えられている。特に、国際保健分野では、専門家による医療行為（medical care）ではなく、公衆衛生（public health）あるいはプライマリー・ヘルス・ケア（Primary Health Care: PHC）として対応しうるものとして把握されるようである。

現在のWHOには、各事務次長が統括する7領域が置かれているが、そのひとつに非感染性疾患とメンタル・ヘルス（Non-communicable Diseases and Mental Health）領域があり、さらにその下の4部門のひとつにメンタル・ヘルスと薬物乱用（Mental Health and Substance Abuse）がある。

その概要として、以下が列挙されている。

- ・世界では、常に4億5000万人程度が、精神的（mental）神経的（neurological）または行動上（behavioral）の問題を持っている。
- ・毎年、87万3000人が自殺する。
- ・精神疾患（mental illness）は、どの国においても莫大な負担となっている。この障害を持つ人々は、しばしば、社会の中で阻害され、不毛の人生を送るだけでなく、死亡率も高いが、このような状態は経済的だけでなく社会的停滞の原因でもある。
- ・保健サービスを利用している人々の4分の1は、少なくとも、何らかの精神的（mental）あるいは神経的な（neurological）または行動上（behavioural）の問題を抱えている。しかし、適切な診断や治療はなされていない。
- ・がんや心血管疾患、糖尿病、HIV/AIDSのような慢性疾患は、精神疾患（mental illnesses）によって悪化したり、また逆に精神疾患を悪化させたりする。適正に対応されなければ、不健康な行為に走ったり、処方を守らなかったりするため、免疫能が低下し予後不良となる。
- ・どんな障害にも、対費用効果のある治療法があり、正しく使えば、患者のほとんどが社会的に機能を取り戻せる。

⁵ 精神医学は、かつて狂気と認識してきた精神疾患の分類から始まった。19世紀末、症状に基づく疾病分類が進み、また、有名なフロイトによる精神分析が生まれた。当初、いずれ、精神疾患ごとに脳の障害部位が特定されるだろうとの予測もあったが、現代でも完全に病因が解明されたものはほとんどなく、分類はなお症状に基づいているといえる。また、現在、治療は薬物療法や認知行動療法が中心だが、人格障害や摂食障害、さらに複雑化した災害などによるPTSDなど、薬物では治療困難な疾患も増え、一度、下火になった精神分析的治療が見直されている。

- ・効果的に治療できないのは精神疾患（mental illness）についての問題が重大だと認識されておらず、治療効果も理解されていないためである。政策決定者も保険会社も、健康政策も労働政策も、さらに一般の人々も、身体的な（physical）問題と精神的な（mental）問題を差別している。
- ・ほとんどの中低開発国で、精神保健（mental health）対策のための保健予算は、たかだか1%以下にすぎない。したがって、精神保健政策においても、立法の際も、地域のケア施設においても、そしてつまるところ精神疾患（mental illness）を持つ人々は、当然もてるべき優先順位が与えられていない。

世界的な内科学教科書“*Harrison's Principles of Internal Medicine*”⁶では、遺伝性疾患、栄養、腫瘍・血液疾患、感染症、循環器疾患、呼吸器疾患、腎・泌尿器疾患、消化器疾患、免疫系・結合組織・関節疾患、内分泌・代謝疾患、環境・職業上の有害因子と並んで、「精神障害（neurological disorders）」が挙げられている。その中は、i 神経疾患の診断、ii 中枢神経疾患、iii 神経筋の障害、iv 慢性疲労症候群、v 精神障害（psychiatric disorder）、vi アルコール依存症と薬物依存症となっている。i は診断技術であり、ii、iii は器質的疾患、iv は器質的かつ機能的障害、そして v 精神障害は機能的疾患と考えられる。

以下に述べるように、医学的には精神疾患の定義はあるが、精神医学の専門家以外が関与することの多い国際保健分野では、精神障害、精神疾患、メンタル・ヘルスなどの用語の使われ方は、やや、統一を欠いている。

また、実際には、国際保健領域では、メンタル・ヘルスといった場合、医学的に認知、定義されている精神障害や精神疾患と対立したり、否定したりすることはないが、精神医学専門家のみが扱う狭い範囲の病態だけではなく、社会的かつ日常的、身体的かつ精神的苦痛を含む、広い範囲の障害が扱われている事実も知っておく必要がある。したがって、ここでは、器質的精神疾患のみを対象としたり、医学的専門領域にとどまったりするのではなく、より広い範囲の精神面の不安、不穏を対象とする。

1 - 2 精神障害の分類

上記“*Harrison's Principles of Internal Medicine*”では、精神障害（psychiatric disorder）のカテゴリーとして、精神疾患（mental disorder）に以下が挙げられている。

1 - 2 - 1 不安障害（Anxiety Disorder）

不安とは、落ち着けない・主観的恐怖、良くない出来事の前感、をいうが、一般に最も多い精神障害で、器質的な異常を訴えて受診する人の15～20%に存在する。身体疾患に合併する場合、身体症状と不安症状のどちらが先行したか、また、薬剤の影響はないか、注意を要する。不安障

⁶ Braunwald, Eugene; Fauci, Anthony S. et al. (2001)

害には以下がある。

- ・パニック障害（Panic Disorder）とは、明らかにほかの事態と区別できる、強い恐怖や不快感が発作的に、繰り返し、突然、発生すること。発作に関連して、動悸、頻脈、発汗、震え、息切れ、窒息感、胸痛、吐き気、めまい、異常感覚・感覚マヒやうずき、悪い出来事や死の恐怖が生じる。突発し、10分程度続き、1時間程度でおさまるが、発作の頻度や程度は、人によって異なる。
- ・全般性不安障害（Generalized Anxiety Disorder）とは、筋肉の緊張、集中困難、自律神経系の異常、落ち着きのなさ、睡眠障害などの症状を伴う、過剰で極めて非現実的な心配の持続状態である。幼少期に恐怖体験をしたり、社会的抑圧がある場合の若年層、通常は20歳以下に発症するとされる。パニック障害とは、互いに独立して、家族内に発生することがあるが、前者と異なり、動悸、頻脈、息切れはない。
- ・恐怖症（Phobia）は、ある対象や状況に対する、著明な持続的恐怖をいう。原因となる対象や状況にさらされると、即時に不安反応が誘発される。閉所恐怖症、高所恐怖症、血液恐怖症などが知られているが、社会恐怖症では、知らない人に会ったり、何かの行為をなすこと、他人に評価されることに、過剰な恐怖感を持つため、社会生活に支障をきたすこともある。恐怖症の内容は、人種、文化によって異なるとされるが、発症は小児期から若年期で、家族内集積する。

1 - 2 - 2 ストレス障害（Stress Disorder）

例えば、自分自身が死に瀕したり、生命を脅かすような外傷を受け、こころに傷を残すような脅威にさらされたり、家族など愛する人との死や異常な別離に遭遇することによって生じる障害である。このような反応は、こころに傷を受けた直後に発生する（急性ストレス障害：Acute Stress Disorder）こともあれば、時間を経て発生する外傷後ストレス障害（PTSD）のこともあるが、いずれの場合も、強い乖離感と感情的反応の欠如を伴う。

自分が自分でないといった感じや、外傷の原因のある特定側面を思い出せないこともあるが、典型的には、外傷の原因となった出来事が思考に割り込んできたり、その夢を見たり、あるいはフラッシュバックを通じて再体験することが多い。また、原因となった出来事を思い出させる事態があれば、再体験は強くなる。したがって、通常、心的外傷を思い出させる「刺激」を極力避けようとし、過度の警戒心や驚愕反応の増強が起こる。PTSDは、男性より女性に多いとされる。一卵性および二卵性双生児での研究では、PTSD症状のすべてに遺伝性を認め、環境の影響はないという。

PTSDは多数ある精神障害のひとつだが、自然災害や紛争と関連して、近年、特に関心が高い問題であり、以下に解説する。

また、PTSDと同義語として用いられる言葉にトラウマ（Trauma、傷）がある。正確には心的外傷（psychological trauma）とは、さまざまな要因により衝撃的強烈な身体的精神的ショックを受けた場合、その出来事が長期間、無意識下に、こころの傷（トラウマ）となって残ることをいう。

心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD)

PTSDは、1980年に、米国精神医学会が、その公式疾病分類に採用したことで、国際的に認知された新しい疾病である。

PTSDの本質は、出来事 記憶 不安 症候群⁷発症、という過程と考えられる。しかし、その本態は、古くから存在していたとも考えられる。例えば、17世紀、英国海軍大臣が1666年のロンドン大火後の日記に記載している症状が、300年後に確立したPTSDに該当するとの引用があるが、PTSDという概念が確立する最初は、ジョン・エリクセンの1860年代の鉄道事故犠牲者にみられた症候群を神経性ショックとした報告とされる。エリクセンは、その原因を神経学的機序としたが、その後、フロイトらは、エリクセンのいう症候群は心的外傷によって発症する外傷的ヒステリーと指摘、さらに、第一次世界大戦に従軍した兵士にみられた同様の症状は、外傷的シェルショックや戦争神経症とされたが、当時の関心は一時的であった。

第二次世界大戦時には、E. カーディナーによる「戦争の外傷神経症」(1941)やR. R. グリンカーとJ. P. スピーゲルによる「戦争神経症」(1945)などが出版されているが、改めて、PTSDが問題になったのは、ベトナム戦争に従軍した米国人に神経障害が多発したことによる。PTSDが新たな疾患として取り上げられるきっかけは、新たな精神障害診断統計マニュアルを作成するために、米国精神医学会 (the American Psychiatric Association: APA) が、1974年に設置した疾病分類タスクフォース (the Task Force on Nomenclature) による。1979年に同タスクフォースがまとめたマニュアルは、1980年に *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. (DSM III) として発行された。DSM IIIは、それまで統一のとれていなかった精神障害の理論と臨床を統合したものとされるが、その後、1987年にDSM IIIの改訂版が、1994年にはDSM IVが発行されている。

DSMの1952年発行第1版には、類似の病態としてGross Stress Reactionがあるが、1966年の第2版にはなく、代わりにTransient Situational Disturbancesが挙げられているが、いずれも、一過性のストレスと考えられるため、持続的であるPTSDは1980年に初めて加えられた、比較的新しい疾患である。

DSM IIIによれば、PTSDの原因となる出来事は、通常の人間が経験する範囲を超えたもので、大部分の人々に顕著な苦痛症状を引き起こすものであり、観察可能な症状としては、

- 夢、フラッシュバック、意識へのイメージの侵入などによる、原因となった苦痛を伴う出来事をしつこく持続的に再体験し、
- 症候性マヒ (出来事以前とは異なる情動)
- 出来事を思い出させる状況の回避、
- 睡眠障害、集中困難、易刺激性 (irritability、刺激に対して反応しやすいこと) などの生理学的覚知性の増大がある、

とされる。

しかし、PTSDが認知されるまでには、さまざまな経緯があり、怒りっぽく暴力的で、情緒不安定なベトナム帰還兵のみならず、そのようなベトナムベテランの精神障害を取り上げようとする保健医療者もある種の迫害を受けた。1972年、「Post-Viet Nam Syndrome」がメディアに取り上げられたことをきっかけに、DSM IIIのための作業委員会の反応性障害委員会は、これを「戦闘後症候群」として扱うことになり、さらに破局的ストレス障害の名を経て、やっと認知された。

PTSDは、その後、従軍だけでなく、捕虜の経験、自然災害、交通事故やその他身近な事故、レイプ、家庭内の暴力など、さまざまな事態で引き起こされることが判明している。しかし、西欧文化圏に特異な現象とする見方もないわけではないこと、当初、機能的障害とみなされていたが、器質的異常も証明されだしていること、また、免疫疾患その他の発病との関連が指摘されているほか、幼少時のPTSDが、子どもの学習能力にどのような影響を与えるかについての研究も始まっている。

PTSDの診断基準

A 以下の2つがともに認められる外傷的出来事に暴露されたことがある。

1. 実際にまたは危うく死ぬ、または重傷を負うような出来事を一度または数度、または自分あるいは他人の身の安全を危うくする危険を直接経験するか、目撃するか、直面した。

⁷ 症候群 (Syndrome) とは原因不明でも一定の共通した所見 (自覚症状、医療者が認識する所見、検査成績など) がある場合をいう。後に原因判明し、名称変更されることもあるが、慣習的に使われ続ける症候群名も多い (ネフローゼ症候群、後天性免疫不全症候群 (AIDS) など)。また、原因不明でも 病と呼ばれるものもあり、また、人名のついた病名には原因不明も多く、疾患名命名に明確な規定はない。新しいものでは、重症急性呼吸器症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) のように、WHOが命名することもある。症状 (Symptom) とは、病気の際、個々の病人に現れる状態の変化または健康状態 (正常) から変化をいう。本人が主観的に感じるものは自覚症状、医療者など他人が認識できるものが他覚症状または所見。

2. 患者の反応は、強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
- B 外傷をもたらす出来事は、次の1つまたはそれ以上の形で再体験され続けている
1. 心象、思考、知覚を含む、出来事の反復的侵入的苦痛の想起
 2. 出来事の反復的で苦痛な夢
 3. 外傷を起こした出来事が再現しているかのような行動、感覚（再体験感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含み、覚醒時、中毒時を含む）
 4. 外傷を起こした出来事の一側面を象徴する、または類似する内的外的きっかけに暴露された際の強い心理的苦痛
 5. 同上の際の生理的反応
- C 以下の3つまたはそれ以上によって示される、外傷前にはなかった外傷関連刺激の持続的回避と全般的反応性の麻痺
1. 外傷と関連した思考、感情、会話の回避努力
 2. 外傷を想起させる活動、場所、人物を回避する努力
 3. 外傷の重要な側面の想起不能
 4. 重要な活動への関心や参加意欲の著しい減退
 5. 他人から疎遠、孤立しているという感覚
 6. 感情範囲の縮小（愛情を持てない）
 7. 未来が短縮した感覚（仕事、結婚、子ども、一生への期待減少）
- D 外傷前にはなかった持続的覚醒亢進状態で、以下の2つ以上がある
1. 入眠、睡眠持続の困難
 2. 易刺激性または怒りの爆発
 3. 集中困難
 4. 過度の警戒心
 5. 過剰な驚愕反応
- E 障害（基準B、C、Dの症状）が1ヵ月以上持続。
- F 临床上、著しい苦痛、または社会的・職業的、さらにほかの重要な領域における機能障害がある。

出所：American Psychiatric AssociationのDMS-IV精神疾患の診断・統計マニュアルより。

1 - 2 - 3 強迫性障害（Obsessive-compulsive Disorder）

以前は稀とされていたが、近年、疫学調査で世界的には、生涯有病率が2～3%とされ、注目を浴びている。特徴としては、強迫観念や脅迫行為によって、日常生活が障害を受けるもので、よくあるのは手洗い、数を数えること、鍵をかけるなどの行為を、何度も繰り返し、また、確認しなければ収まらない状態である。この障害によって受ける日常生活の支障は、個人差が大きいですが、共通するのは、強迫行為に費やす時間が、1日計1時間を超えること、強迫行為を行う目的が、恐怖によって起こされる不安を緩和することである。また、恥ずかしいと思う気持ちから、これらの行為を隠す傾向もあり、軽快と悪化を繰り返す。

1 - 2 - 4 気分障害（Mood Disorder）

気分障害の特徴は、気分、行動、感情の調節がスムーズでないことで、さらに以下のように細分される。うつ病性障害のある時期は、双極性障害（うつと躁）のある時期と似ているが、全体としては、躁のエピソードがないことで区別されるが、両者の関係については、まだ、よく分かっていない。うつ病は、双極性障害者を有する家族での発生頻度が高いが、その逆はない。

- ・ 身体疾患に関連するうつ病（Depressive disorder relating with somatic diseases）

- ・ うつ病性障害（Depressive disorder）
- ・ 双極性障害（Bipolar disorder）

1 - 2 - 5 身体表現性障害（Somatoform Disorder）

30歳未満で始まり、治療を必要とする程度に至る多様な身体的訴えが、数年間以上持続し、そのために社会的・職業的生活が損なわれているものをいう。既知の身体疾患や、アルコールなど、快楽目的で用いる物質によっても、また、治療薬の効果でも説明し得ないような身体的な訴えをいうが、現れる症状は極めて多彩で、また、診断経過も複雑である。

1 - 2 - 6 人格障害（Personality Disorder）

特徴的な思考パターン、感情、対人行動で、比較的柔軟性がなく、顕著な機能障害や主観的苦痛をもたらす。ほかの神経疾患に伴う二次性の障害でもなく、物質乱用や一般的な身体疾患で惹起されるものでもない。しかし、例えば脳前頭葉腫瘍の人格変化など重篤な神経、内分泌、またほかの身体疾患の初発兆候である可能性もあって、実際には鑑別困難なこともある。薬物療法はあまり期待できない。

1 - 2 - 7 統合失調症（Schizophrenia）

雑多な症状が集まった症候群であり、特徴は、言語、知覚、思考、社会活動、感情、意思などの異常な発現である。特にこれが診断に特徴的というものはない。思春期後期に始まることが多い。発症はごく緩徐で、さらに徐々に慢性的な妄想や幻覚に至る。概念の解体、妄想、幻覚などを示す陽性症状と、機能低下、快楽消失、感情表現低下、集中力低下、社会活動力低下などの陰性症状がある。抗神経病薬治療は、急性期と維持期には有用（かつての精神分裂病）。

1 - 2 - 8 その他家庭内暴力、虐待など

家庭内暴力とは、家族のメンバーがほかの家族に対して暴力を振るうことである。わが国での法的定義では、「配偶者からの暴力の防止および加害者の保護に関する法律」（通称、DV防止法、2001年）に、配偶者からの身体に対する不法な攻撃であって生命または身体に危害を及ぼすものまたはこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動と規定されている。

この際、物理的な暴力行使による身体的虐待だけでなく、抑圧、支配、恫喝、ストーキング、嫌がらせなどの精神的虐待、また、パートナー間であっても性的暴力やレイプを含む性的虐待がある。特に配偶者（内縁関係を含む夫や妻、恋人）による暴力はDV（Domestic Violence）、親など保護者が子に対す暴力は児童虐待と呼ばれているが、最近では、高齢家族に対する子どもから親、孫から祖父母に対する行為も増えている。いずれにせよ、家族という閉鎖環境で発生するため、なかなか外部に把握されにくい。また上記DV防止法の保護命令の対象は、暴力行使のみで、精神的暴力は対象とはされていない。

これまでは、それぞれ家族の価値観による問題とされ、また、第三者の介入によって家族関係が損なわれるとの危惧などから、生活力の弱い女性の泣き寝入り状態が生じたり、また、家族内

のことは犯罪とはみなさないという風潮からも放置されたものも多かった。1980年代のWID（Women in Development）意識や西洋諸国での女性の権利意識の高揚から、先進国で次第に注目されるようになった。

家庭内暴力の原因には、アルコールや薬物乱用のほか、降格、解雇、失業など社会的経済的ストレス、セックスレス、子どもの引きこもり、非行、（高齢者の）介護疲れなどが挙げられているが、最近では、かつての被虐待者が加害者になる傾向が明らかになってきており、加害者には一種のメンタル・ヘルス問題があるとの認識で、治療やカウンセリングなどの医学的対応が始まっている。

途上国では、女性の立場への認識が確立していないことが多く、特に紛争地のメンタル・ヘルス問題の大半は、この範疇にあるように見える（「6．カンボジアの事例」参照）。

児童虐待の歴史も古い。わが国でも、江戸時代中期以降、広く行われた堕胎や生児圧殺、また、天明の飢きん時など、農村では生活が苦しくなった人々による子どもの間引きの記録や産婦自身が赤ん坊を殺している絵も残っている。また、比較的近世まで、子ども、特に娘の身売りが許容されていたように、子どもは親の所有物として受けとめられていた歴史もある。

いわゆる暴力行為も、家庭にあっては、他人が口を出すべきでない「しつけ」とみなされたり、教育者の体罰や暴力行使が「愛の鞭」などとされたりしたこともあり、児童虐待が注目されるようになってきたのも、比較的最近といえる。

わが国の法律（「児童虐待の防止等に関する法律」、2000年）によれば、児童虐待とは、「保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護する者をいう）がその監護する児童（18歳に満たない者をいう）について行う、次に掲げる行為をいう」と規程されている。その行為には、身体的虐待（身体に外傷を生じ、または生じるおそれのある暴行を加えること。殴る、食事を与えない、冬の戸外締め出し、一室への監禁など）、性的虐待（わいせつ行為をすること、また児童にわいせつ行為をさせること。子どもへの性的暴力、自らの性器を見せること、セックスの強要など）、ネグレクト（心身の正常な発育発達を妨げる著しい減食、長時間の放置、保護者としての監護を怠ること。病気になっても受診させない、乳幼児の車内放置、食事を与えない、下着など不潔なまま放置するなど）、心理的虐待（著しい心理的外傷を与える言動を行うことで、心理的外傷は、児童の健全な発育を阻害し、心的外傷後ストレス障害（PTSD）をきたすため禁止されるもの。言葉による暴力、恫喝、無視、拒否、自尊心を踏みにじるなど）などが挙げられている。

途上国では、すべての人々が働かねば生きていけない家庭も多く、その際、どのレベルを禁止すべきか明確に決めがたいことは事実であるが、小児労働、特に強制労働、セックス・ワーク（sex work）の強制、また、紛争地では少年兵（少女も含む）問題もこの範疇にある。

児童虐待を行う原因として、最近では、虐待者のかつての被虐待経験が挙げられるが、そのほか、子育てに対する不安、ストレス、望まない妊娠の結果としての（望まれなかった）子どもに対する迫害、さらに家族、特に配偶者の妊娠、分娩、出産、育児への無理解、非協力への怒り、子ども（例えば配偶者の連れ子）への憎しみなどもある。いずれにせよ、実際には、深刻な虐待ほど、家庭や保育施設または養護施設など閉鎖環境で陰湿に行われるため、見つけ出されにくい。

表 1 - 1 15-44歳のDALYの主要原因（2000年）

1．単極性うつ病性障害	16.4%
2．アルコール依存性障害	5.5%
3．統合失調症	4.9%
4．鉄欠乏性貧血	4.9%
5．双極性障害	4.7%
6．成人期発症の聴力障害	3.8%
7．HIV/AIDS	2.8%
8．慢性閉塞性肺疾患	2.4%
9．骨関節炎	2.3%
10．交通事故	2.3%

注：障害調整生命年（DALY）とは、C. Murrayらが創出した指数で、総合的健康評価における疾病負担を評価する。各種疾病による生命の損失や障害を、死亡数、罹患数、平均寿命の短縮ではなく、人々が被る苦痛や障害を加味して算出する。例えば生きているが、寝たきりの場合は、健康な1年に比べ損失があるとし、健康な1年に等しいとせず、0.5年とするなど。

出所：WHO（2001）

また、かつては、かわいあいを避ける風潮もあったが、わが国では、虐待児を診察した場合、医師でなくとも、速やかに警察に通報する義務がある（「児童虐待の防止等に関する法律」では、発見した者すべてが児童相談所などに通報する義務がある（第5条））。

以上述べた、やや専門的な範疇にあるが、精神障害がどの程度、世界の人々の健康をむしばんでいるかを表1-1に示した。

ここに示されるように、2000年でも世界のDALY（Disability-Adjusted Life Year）に占める精神障害の割合は相当大きく、現在でも、世界的にはメンタル・ヘルス対策の重要なことが分かる。

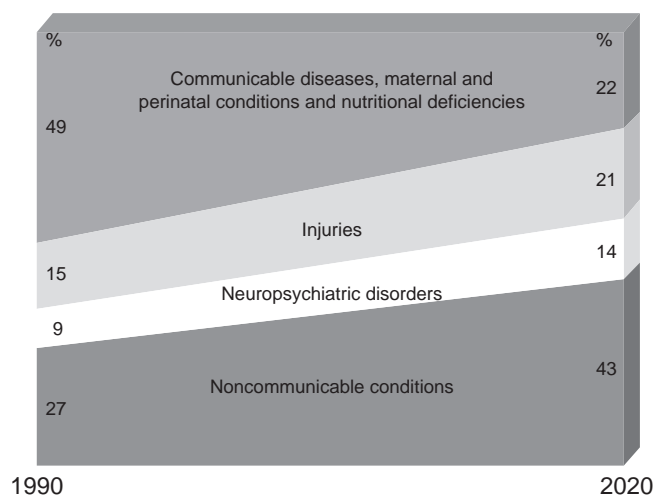
さらに、1999年と2020年のDALYを比較したものを表1-2に示したが、2020年には、単極性

表 1 - 2 DALYに占める非感染性疾患の割合

1999	2020
1．急性下部呼吸器感染症	1．虚血性心疾患
2．HIV/AIDS	2．単極性大うつ病
3．周産期の異常	3．交通事故
4．下痢性疾患	4．脳血管疾患
5．単極性大うつ病	5．慢性閉塞性肺疾患
6．虚血性心疾患	6．下部呼吸器感染症
7．脳血管疾患	7．結核
8．マラリア	8．戦争
9．交通事故	9．下痢性疾患
10．慢性閉塞性肺疾患	10．HIV/AIDS
11．先天性奇形	11．周産期の異常
12．結核	12．暴力
13．墜落	13．先天性奇形
14．はしか	14．自損行為
15．貧血	15．気道系悪性腫瘍

出所：Murray and Lopez（1996）

図 1 - 1 開発途上国の疾病構造の変化（WHO推定）



出所：Mathers et al. (2004)

大うつ病が2位を占めるだけでなく、戦争や暴力、また、自損行為が問題となると推定されており、世界的にメンタル・ヘルスの重要性が増えるであろう。

この傾向は開発途上国においても同様で、今後の開発対策としてのメンタル・ヘルスの役割にいつそう注意を払う必要がある。

2．国際保健におけるメンタル・ヘルス

2 - 1 国際保健におけるメンタル・ヘルスの流れ

メンタル・ヘルスに対する注目度が低かった理由は、国連組織をはじめとする、ほとんどの開発援助機関は、本来、主に死亡率を下げることや救命的プロジェクトに関心を払ってきたことにある。

一方、メンタル・ヘルスが注目されるようになった理由は、ベトナム戦争後、PTSDという病態が確立したこともあるが、後述するように紛争が身近になったため、人々が受けるこころの傷が量的にも質的にも増えたことがある。さらに、筆者は、遷延するCHE状態によって、地域社会とその伝統や文化が崩壊し、人々が帰属意識（identity）を喪失し、将来への希望を失うために、紛争後の復興時の対策として、無気力な社会、意欲の低下した人々への何らかの対応の必要性から、コミュニティ対策が認識され始めたのではないかと考えている。

しかし残念ながら、先進国では確立している精神障害ですら、ほとんどすべてといってよいほど、途上国には信頼できるデータはない。さらに不幸なことには、そのための治療や人材育成のための財源もほとんど計上されていない。まして、後に述べるコミュニティ・メンタル・ヘルス（Community Mental Health）⁸対策は、それを考える人材も資源も皆無に近いといっても過言ではない。

まず、国際保健分野におけるメンタル・ヘルスのいくつかの流れを追う。

メンタル・ヘルスを狭い範囲の医学的専門分野として、途上国の精神障害を専門的に研究しようとした学問的な流れがあった。この分野に対して関心がもたれるようになったのは、1930年代で、当初、人類学者の現地調査から始まったが、その中から、文化人類学的研究⁹が生まれた。次第に、異文化圏における精神障害の診断や分類が問題となったが、まだ特殊な分野にすぎなかった。1960年代には、米国精神学会やWHOが開発途上国などの精神障害についての検討を始めたが、さらに、開発途上国の都市化や人口移動という要因、また、戦争（内戦）や暴力が精神障害にどのような影響を与えるか、精神障害を持たない人々の精神面にどのような影響を及ぼすかといった範囲に研究が広がった。しかし、これらは、あくまで専門分野の研究であり、国際保健や開発へのインパクトは大きくなかった。

もうひとつの流れは、もともと、精神障害を持っていないと思われていた人々のメンタル・ヘルスに対するものである。早くは1960年代、後には1970年、1980年代に、アジアではインドシナ半島から、また、アフリカでは初期の独立国から欧米に流出した人々で、先進国の異文化に適応

⁸ Community Mental Healthという言葉は、まだ、十分認知されていない。欧米では、Community Psychologyという概念の中に、communityのmental health movementを理解するためのstarting pointとあるが、きちんと定義されていない（Levine and Perkins（1997））。また、氏家（2003）は、一度、完全に従来のメンタル・ヘルス論を捨て去ってから開始する必要があるとする。

⁹ 米国の人類学者たちは、1930年代、オセアニアやアフリカの文化の変容を研究する過程で、社会的自失、社会的強制配置などに目を向けた。また、文化の多様性と精神障害についての研究は、1950年代に始まっている。

障害を示した例についての研究が精力的に行われた。

これらの人々は、比較的、教育程度の高い上流階級ではあったが、なお、先進国の異文化への適応障害とともに、命がけの逃避行による障害、激しいホームシック、家族や仲間との死や別離という人間関係喪失に対する大きな悲嘆、将来展望への不安など、多様な精神的問題が明らかになった。このような場合は、いずれも先進国の精神科医やカウンセラーなど、専門家が対応したが、1980年代初頭までのインドシナ難民や中近東またはアフリカ難民を多数の西洋諸国が歓迎していた時代に当てはまる。

一方、1980年代には、アフリカ各地の避難民に加えて、東南アジアではカンボジア（「6．カンボジアの事例」参照）、南西アジアではアフガニスタンから大量の難民が生じ¹⁰、多数のNGOによる人道援助が始まった。当時、援助活動の主流は、救命的緊急医療、食糧配布から、しだいにPHCに流れが変わった中で、わずかながら、避難民の精神状態に関心を向ける人々も現れた。難民における精神障害の発生頻度は、母国におけるよりもはるかに高いこと、また、その結果、家庭内不和、離婚、家族内暴力、若年者の非行につながるなどの指摘もあった。しかし、途上国の難民キャンプといった異常な環境での適正な介入方法の導入には結びつかず、カウンセリングのほかは、栄養や感染症対策による補助的な対応に終始していただけでなく、その重要性も十分認識されていなかった¹¹。

国際的緊急人道援助は、1980年代に量的にも質的にも拡大したが、1980年代後半には、徐々に、途上国の難民キャンプなどでもメンタル・ヘルスの必要性が認識され始めた。当初は、医学的専門的治療を要する精神障害を対象としたため、精神医学の専門家が扱うべき特殊な分野にとどまっていた。例えば、筆者が勤務した1980年代末のパキスタン・ペシャワールには、当時、200以上のNGOが活動していたが、メンタル・ヘルスを扱っていたのは1組織だけであった。対象も、あくまで医学的な精神障害で、本来の居住地を離れた難民のメンタル・ヘルス関与が話題に上ったこともあったが、あくまで救急医療的援助が主流の中では特殊分野にすぎず、大きくは取り上げられなかった。

もっとも、このころの難民は、陸続きの隣国で、民族性や言語に共通性がある地域に逃れており、避難民集団が直接、異文化に遭遇することは避けられていたともいえる。例えば、世界最大の難民集団であるアフガニスタン難民では、大半は民族と宗教をともにするパシュトゥーン民族スンニ派イスラムが住むパキスタン北西辺境州に、ほかにはイスラム・シーア派住民のイランに難民化している。これらの第一次避難国では、難民化という境遇の変化はあるにせよ、キャンプであれ、住民集団への統合であれ、同じ言葉を話す援助者の介在により、異文化との遭遇による精神負担は避けられていた。

しかし、多くの途上国で紛争が遷延し、緊急医療的な身体的支援だけでは解消しない多様な問題が、メンタル・ヘルスにかかわるものと認識されるようになり、専門性は高くなるとも、医師

¹⁰ 1979年、アフガニスタン政府内の混乱に乗じたソビエト軍の侵攻により、数年内に国民の3分の1以上ともされる数百万の人々が、隣国パキスタンとイランに逃れて難民化した。

¹¹ Westermeyer, J. (1987) "Psychiatric Care of Refugee" In Sandler, R. H. and Jones, T. C. (eds.) *Medical Care of Refugees*, Oxford Univ. Pressによれば、精神科的診察は、ほかの診療よりcriticalでないとする。

や看護師など、先進国の保健医療専門家による関与が始まった。1980年代末から1990年代初頭にかけて、いくつかのNGOや国際機関のパイロット的プロジェクトが始まったのが第一期であるが、なお、メンタル・ヘルスそのものに対して大きな関心が払われていたわけではなく、また、介入もあくまで小規模にとどまっていた。

1990年代に入って、例えば、国家復興期のカンボジアや、紛争直後のルワンダ、紛争後復旧期のボスニア・ヘルツェゴビナ、アルメニア、アゼルバイジャン、グルジアなどで、大量虐殺や民族浄化を生き延びた人々のPTSDなど、個人レベルのメンタル・ヘルス問題に注目が集まるようになったのが第二期といえる。それまでに比べて、支援の質は深まり、規模も拡大された一方、いっそう特殊な領域と考えられた上、一時的に現場を訪問する先進国専門家の聞き取り調査などに終始し、学問的興味が優先された。また、支援も、メンタル・ヘルスが中心に置かれるのではなく、母子保健など、ほかの保健計画に付随した形が多かった。

第三期は、避難民キャンプにおける積極的なメンタル・ヘルス介入で、1990年代のCHE増加時期に始まり、特に、紛争後復興（post-conflict rehabilitation）に拡大継続されるものや、紛争後に開始されたものがある。この時期には、メンタル・ヘルス介入そのものを独立した形で実践するだけでなく、ほかの分野、例えば、教育、貧困対策、地域開発、その他の保健医療分野などを積極的に巻き込む形もあり、また、個人対応だけでなく、地域や集団、また、女性や元兵士など、特定の属性や集団を対象にしたものも始まった。この時期の活動は、高度な専門性をもった医師ではなく、難民保健などを研修した保健専門家がイニシアティブをとった。

第四期は最近の動きである。CHEの解決が進まない地域では、保健医療、栄養、女性、教育といった特定分野への対応のみならず、地域社会や国家再興のための広域支援が必要だと認識されるようになった。この一環として、高い専門性をもった精神科医によるメンタル・ヘルス特化支援ではなく、紛争や災害時救援または復興支援の経験をもつ保健医療人材が、ほかの分野と連携し、より広い地域社会を対象として介入するものである。

このような支援が増えた理由は、メンタル・ヘルスの重要性の理解が深まったこと、メンタル・ヘルスの範囲が広がったこととともに、CHEでは、しばしば、紛争でもなく平和でもない状況が続き、本質的に救命的緊急医療による人道援助も、インフラ整備も含む長期的な開発協力も効果的でない状態が増え、新たな支援の方策が求められたことも関係している（「3．紛争の変遷 3 - 2 - 3 地域武力紛争」参照）。

2 - 2 紛争時と紛争後における個人レベルのメンタル・ヘルス

2 - 2 - 1 紛争時の個人的メンタル・ヘルス

紛争が人々の生命をあやめ、身体的外傷をもたらすだけでなく、精神的にも障害を残していることは紛れもない。しかし、途上国の紛争では、一体どれほどの人が、どのような精神的障害を受けているのか、その詳細は実は不明のままである。実際、CHEでは国境を越えた難民よりも、何らかの原因で国境を越えられず、国内にとどまったため、難民よりも悲惨な状況であることも

多い国内避難民（Internally Displaced Persons: IDPs）¹²はいうに及ばず、難民そのものの数や身体的被害の正確な把握すら十分ではないことがほとんどである。

今に至るまで、世界最大の難民集団であるパキスタン滞留アフガン人の数も、最大450万から200万までばらつきがあるし、ルワンダの大虐殺の犠牲者数も、50万から100万と差があり、恐らく80万人が最も妥当な数とされているにすぎない。コソボや東ティモールの死者数も正確さに欠ける。早魃飢餓を繰り返すスーダンで行われた1993年の栄養と死亡に関する調査では、対象地域に、元来、信頼できる人口調査がなかったと分かったこともあった。

国連児童基金（United Nations Children's Fund: UNICEF）によれば、難民キャンプにおける孤児の頻度は2～5％程度と推定されているが、遊牧民など非定住者の存在に加え、元来、統計があいまいな地の紛争では、難民やIDPs数のみならず、その中の孤児や身寄りのない子ども（unaccompanied child）また、障害者数などの把握はほとんど不可能である。イラク／トルコ国境沿いのクルド避難民やザイールのゴマ周辺へのルワンダ難民など、短期間に100万を超える大規模な人口移動が発生した場合、迅速な初期評価が行われてはいるが、その精度とともに精神的問題の把握は、ほとんど、等閑にされている。

最近の紛争では、情報の政治的利用もあるが、例えば、コソボでは、北大西洋条約機構（North Atlantic Treaty Organization: NATO）とユーゴスラビア政府が互いに犠牲の大きさを訴え、相手を非難し合った際、人権問題であり精神的負担も大きい計画的レイプといった特殊な被害は、NATOに対する非難時のみに発表されたとする分析もある。このような作為的扱いによる個人の精神的負担はさらに大きくなる可能性があるが、調査や分析は報告されていない。

2 - 2 - 2 身体的外傷からの影響

かつての戦争は軍隊、すなわち訓練を受けた専門的戦闘員が戦い、主な関心事は死亡、外傷とその後遺症としての身体的障害で、精神的な面についての関心は低かった。最近では、集団全体が対象となる、すなわち、ある地域社会の存続が問われるような場合も稀ではない。このような場合、小型武器が恐ろしいほどの破壊をもたらし、高度な技術や先進的武器を用いないまま、悲惨な殺戮が執拗に行われる。ルワンダの大虐殺で用いられたのは、猟銃とナタがほとんどで、そのほか、農耕用の鍬も使用されたという。このように身近な道具が武器化した場合、以後の日常生活の中にPTSDを惹起するものが蔓延していることになる。

既に使用は禁止となったが、アフガニスタン、アンゴラ、カンボジアなどでは、対人地雷が心身両面への大きな負担となっている。地雷による障害者数は、カンボジアの36,000人（人口比1/236人）、アンゴラの20,000人、ウガンダの15,000人、モザンビークの8,000人などの推定がある。

1991年から1992年の調査では、世界中で治療を受けた地雷受傷者の75％は5-15歳で、UNICEFによる子どもの戦傷障害者数は400万～500万人とされるが、その精神面の調査は進んでいない。

¹² 難民保護は国連難民高等弁務官事務所（Office of the United Nations High Commissioner for Refugees: UNHCR）が責任をもつ（パレスチナ難民の場合は国連パレスチナ難民救済事業機関 United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East: UNRWA）とされているのに対して、国内避難民に対しては誰が責任を持つかは正式には規定されていない。

2 - 2 - 3 性暴力 (Sexual Violence)

最近の地域紛争では性暴力が武器となっている。例えば、ボスニアの女性が計画的に虐待された旧ユーゴや、対立集団を傷つけるために多数女性が襲われたルワンダでは、レイプが武器になったといえる。しかし、社会が伝統的であればあるほど、女性が受けた受難を口外することは難しく、さらに妊娠、ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 感染などによって更なる精神的負担を強いることもある。つまり、レイプそのものが長期にわたっての女性のこころの傷の原因となるが、それが妊娠につながれば、孕んだ子どもの父親は対立集団の男性であるため、女性の精神的負担はいっそう深刻であり、結局、妊娠、分娩、育児という、本来、喜ばしいことが、一生付いてまわるトラウマの原因になる。

さらに、女性の受難は必ずしも敵対集団からだけではない。同じ部族からなる避難民集団内でのレイプの報告もある。特に、配偶者を亡くしたり、やむを得ず、独身で一家を支えている女性の場合、食糧や避難場所の確保、そのほか自分や家族の生存に必要な食糧や物資の配布を受けることと交換にセックスを強要される例は少なくない。こうした女性は、敵対集団、自らが属する集団、さらに避難地 / 国の軍隊や権力者からも性的暴力の対象になる。最近では、リプロダクティブ・ヘルスと連携したメンタル・ヘルスが必要だという声はあるが、効果的には実践されていない。

2 - 2 - 4 人権侵害

1948年12月10日、国連総会の決議217 A iii として公布された世界人権宣言第25条は、「何人も、自分自身と家族の健康および福祉を維持するため、食糧・衣服・住居・保健に関して、一定レベルの適切な生活を送る権利がある……」と明確に述べている。

戦時には、この宣言以外にも各種法律や誓約、また、宣言や条約、さらに国際人道法が非戦闘員の人権を保護している。主に1949年のジュネーブ条約と1977年の2つの追加議定書に基づく国際人道法¹³は、「武力紛争時に、暴力を制限し、個人の基本的な権利を保護することを目指した一連の規則」で、これらは、国家間戦争であろうと内戦であろうと、ある種の武器や戦闘技術の使用禁止により、武力紛争の影響を制限し、非戦闘員への影響を統制する意図をもっている。

しかし、これらの主要な国際法の存在にもかかわらず、CHEは、しばしば個人の尊厳を激しく侵害し、個人や被災集団のメンタル・ヘルス面に重大な影響を及ぼしている。非戦闘員である一般住民、医療者や住民用保健医療施設、保護されるべき捕虜や負傷者または罹病者、さらには医療施設など、CHEsでは、見境なく、誰でも、何でも犠牲になる。20世紀後半には、本来、国民を保護すべき国家や国家的機構がその住民を襲うことも少なからず発生した。

¹³ 「国際人道法」という条約そのものは存在しないが、「1949年のジュネーブ4条約」と「1977年の2つの追加議定書」を中心に、さまざまな条約や慣習法を総称して「国際人道法」という。軍事組織では、「戦争法」または「武力紛争法」と呼ばれることもあり、「国際人道法」という呼び方は赤十字などが使用する。ジュネーブ4条約とは、陸戦での傷病兵の扱いを決めた陸の条約以下、海(戦)の条約、捕虜の条約、文民の条約をいい、2つの追加議定書とは、国際的武力紛争(第一)および非国際武力紛争(第二)の犠牲者の保護に関するものである。2005年現在、4条約締約国は192、第一議定書加盟国162、第二は158ヵ国である。わが国は2004年6月加盟、2005年2月28日発効したため、主要先進国で追加議定書に未加入は米国だけとなった。

1970年代のカンボジアのポル・ポト政権による住民迫害、1980年代のグアテマラ政府の先住民殺害、モザンビーク政府反乱軍の意図的な保健施設破壊、1990年代のルワンダのツチ民族に対する大虐殺行為、セルビアとクロアチア政府の民族浄化（ethnic cleansing）などがある。このような場合、襲われる側にも襲う側にも、個人的また集団的なメンタル・ヘルスの問題があるといえよう。

個人レベルのメンタル・ヘルスでは、拷問の影響も大きい。ポル・ポト時代の文化人に対するそれはよく知られているが、避難民では、在ネパール・ブータン難民の約2%にあたる2,000人以上が、避難前に拷問を受けたという報告もあるし、チベット人に対する拷問の例や、政権反抗者に対するトルコ政府の例の報告もある。

これらの紛争や戦争時の身体的精神的侵害は長く後に残り、特にメンタル・ヘルス上の問題は、単に交戦状態がなくなっただけでは終わらない。しかも、生き残ったものの他人には見えない内面的な傷をもつ人々に、適切に対応し、誠実で効果的なケアが可能な保健体制や地域社会を取り戻すことは短時間では不可能である。建物や、道路など、いわゆる物理的社会インフラが改修されても、人々のこころの問題にかかわる社会復興や再開発は何年も、時には世代を超えた時間が必要である。カンボジア、ソマリア、ルワンダ、リベリア、シエラレオネ、旧ユーゴ、また、旧ソビエトから独立したCIS諸国、さらに新たに独立を得た東ティモールでも、人々が人権侵害やこころに受けた傷の記憶を忘れ去るまでには、想像を絶する時間を要するであろう。

2 - 2 - 5 そのほかの個人的メンタル・ヘルス面に及ぼす紛争の間接的影響

武力紛争によって生じる公衆衛生問題は膨大である。国や地域の政治的混乱、経済低迷または武力紛争、人口移動、食糧不足などを伴う住民対立、さらに政治の崩壊や物理的な社会機構の破壊につれて、公衆衛生上の影響も段階的に変化している。CHEの概念の変化を踏まえて、メンタル・ヘルス面に及ぼすそのほかの間接的影響をまとめる。

（１）食糧不足／飢饉

飢饉（famine）とは、適切な量の食糧が入手できないため、栄養障害や死亡が増えることと定義されている。食糧調達ができない理由には、生産量が少ない場合と分配が不適切あるいは不公平な場合がある。

一般に、ある国に政治的混乱が生じると、多かれ少なかれ、その国や周辺国を含む同一経済圏に影響が生じる。また、特定の政治集団や民族的あるいは宗教的団体、さらに地理的に不利な地域に緊張が生じて、経済危機や政治的混乱が起こることもある。低所得国でこのような事態が生じた場合、最初に生じる健康問題は弱者層の食糧不足、栄養障害である。経済的政治的な不穏状況が発生すれば、農耕牧畜民は、例年通りの生産を断念する可能性があり、周辺の、紛争に巻き込まれていない人々の間にも、生活不安が起きたり将来展望が失われる。経済不穏が広がり、あるいは近隣で紛争が発生すると、それによる人口移動や貨幣価値の変動が起こり、広い範囲で農耕や牧畜による収入は変動する。食品加工産業や流通機構が障害を受ければ、結局、周辺国を巻き込んだ広範な経済圏が疲弊する。

本格的武力紛争が起これば、直接的な武力行使により、公的私的灌漑設備や農耕牧畜用設備が破壊されるだけでなく、家畜や農作物が略奪されたり、戦闘要員用に没収されたりすることもある。紛争がなくとも余剰農産物を生産するに至っていないサブサハラ・アフリカや、相当数の遊牧民が存在する国では、武力発動だけでも、食糧生産機能は破綻をきたす。食糧は不足し、栄養状態は低下し、餓えによる精神的問題も増える。このような面の調査はほとんどなされていないが、1980年代から1990年代のスーダン、ソマリア、モザンビーク、エチオピアなど、繰り返し旱魃に襲われた国々では、紛争と飢饉による二重のメンタル・ヘルス問題が考えられる。

中進国の紛争でも食糧不足の問題は深刻である。1990年代初頭、東ヨーロッパ諸国では、独立はしたものの経済的政治的な混乱が著しく、通貨価値は下がり、主要食糧品は大幅に値上がりした。収入が固定している人々、特に年金生活者や失業者とその家族は、同一価格で購買できる食糧が減少したため不適当な食生活を余儀なくされた。このような、ある程度まで発展、工業化した国の紛争では、都市居住者の方が生活上のリスクは高い。例えば、1992年、ボスニア・ヘルツェゴビナ紛争時、人口約40万人のサラエボでは、1日2,024kcalを維持するのに、毎日、約270Mtの食糧を外部から移送せざるを得なかった。

紛争時には、食糧援助計画があっても、政治的理由で不公平な配布が行われたり、食品店が壊されたり、食糧盗難や兵士のみへの配布がなされたりする。また、食糧流通が遮断されれば、結局、集団の食糧は不足し飢餓が発生し、物乞いや少しでも食糧のある地への避難が始まる。このような場合のメンタル・ヘルス問題にも手は付いていない。

(2) 人口移動 / 避難

紛争が発生した場合、その仕掛け人でない限り、一般住民や地域社会は暴力行為を避ける。特定の政治信念や民族性または宗教が迫害の理由になる人々も逃げようとする。時に、住居や居住地または農耕地や家畜の世話に男性が残り、ほかの家族は安全な場所に疎開するといった古来の避難機序が作動する場合もある。しかし、これらの男性が紛争に加担するようになると事態は一変する。いったん、戦いに加担した男性だけでなく、その家族や一族も紛争実践者の立場に追い込まれ、敵対勢力の攻撃対象になる。

20世紀の最後は大規模人口移動の10年であった。1991年の湾岸戦争後、約100万人のクルド人がトルコ国境付近に集結、1993年10月末から11月上旬の2週間に、60万人以上のブルンジ難民が周辺国に避難し、旧ユーゴ共和国では、1993年初期、国内避難民数が150万人にも達した。1994年4月からの2ヵ月間だけで、推定200万人のルワンダ人がタンザニア、東部ザイール、ブルンジへと国境を越えた。1990年代後半になっても、南スーダン、シエラレオネ、ギニアビサウ、リベリア、チェチェン（ロシア連邦）、コソボ（ユーゴスラビア）、インドネシアなどの紛争避難民は数十万人の単位であった。避難民数の多さのみならず、元来の居住地また受け入れ先の人口に占める比率も問題である。1999年3月、ユーゴスラビア・セルビアのコソボ州から避難したアルバニア系の人口は、全体の50%以上を占める約80万人であり、同年8月の東ティモール独立を問う国民投票後の暴力の中においても、従来の人口のほぼ50%を占める約40万の人々が本来の居住地を離れた。

これらの人口移動では、国際的定義に合致する難民よりも、出身国内にとどまっているIDPsの方が状況は悪いともいえる。実際、世界的にもIDPsの数や存在場所の確認は容易ではない。難民保護がUNHCRの仕事とされているのに対して、IDPs情報収集や保護は、どの国連機関の責任にもなっていない。また、国民保護という国家責任への干渉ともなりかねず、IDPs問題は政治的に微妙なこともある。時には、IDPs自身、自分たちの存在を公にしたがらないこともある。このような場合の精神面への支援は容易ではない。

国境を越えていようと国内にとどまろうと、大量避難時の普遍的対応はキャンプ設営に始まる。いわゆる途上国状態にはない東ヨーロッパで、多数の難民やIDPsが、比較的、生活環境のよいホテルやリゾート地またはキャンプ、学校、ホステルに居住した例もあるが、一般的に、アフリカなど、低所得国に発生した難民やIDPsは、国境地帯など、ほとんど社会インフラがない、通常の居住には不適切な地に設営されたキャンプに収容される。

キャンプの状況はさまざまであるが、一般的にUNHCRが推奨する居住者数2万程度であれば、それより大型のキャンプよりは良い環境が保たれる。例えば、1994年、東部ザイールで、30万人のルワンダ難民を収容したキャンプは、衛生状態も悪く、安全な飲み水の入手も不備で、しかも、食糧やシェルター用資材が公平に分配されず、加えて暴力や犯罪が頻発し、その管理は極めて困難であった。このような場合、難民キャンプに収容されたことが、すなわち、心身の安全を保障することにはなり得ない。一方、同時期のブルンジにおける小規模難民キャンプは、よく管理され、保健問題もほとんど報告されていない。

混雑したキャンプでは、生活環境の悪さのみならず、感染症流行なども不安を増大させる。また、大規模キャンプでは、個人の尊厳や独立性も維持されず、不安やうつ病といったメンタル・ヘルス問題が頻発する。

(3) 保健サービスの破綻

過去20年間にアフガニスタン、アンゴラ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、チェチェン、イラク、コソボ、クウェート、レバノン、セルビア、ソマリア、スーダンの都市部は徹底的に破壊された。

戦争では、上下水道施設、発電所や配電回路、燃料補給施設などの公共施設が、計画的あるいは偶発的に破壊される。これらは都市部の生活に対する脅威であるが、1990年代初期のソマリアでは、都市部の紛争が地方への給水施設を破壊したことや、公共の水供給所付近に、計画的に地雷が敷設されたこともあった。モザンビークやアンゴラなど、長期にわたる内戦では、人口が集中する都市部がゲリラの標的となるため、公共設備は何年間も機能しないままとなる。

1992年から1995年、ボスニア・ヘルツェゴビナでは、首都サラエボその他の大きな町の町営給水施設が破壊され、被害を受けた下水道施設からの汚水が水道水と混じり、飲料水の広範な汚染が起こり、電気や発電機用ディーゼル燃料の欠乏が状況をさらに悪化させた。世界保健機関(WHO)やUNHCRは、1人1日当たり、最低15~20リットルを推奨しているが、1993年夏、サラエボ住民は平均5リットルの水しか供給されず、広範な下痢性疾患の流行は避けられたものの、地域保健事務所によれば、感染症頻度が有意に増えている。例えばA型肝炎は、1991年から1993年にかけ、サラエボで6倍、ゼニカでは12倍、ツズラで4倍に増えている。同じ時期のShigella

speciesによる赤痢は、それぞれサラエボで12倍、ゼニカで17倍に増えたと報告されている。

電力の欠乏は病院やクリニックの機能を低下させ、都市部の保健活動を停滞させるほか、夜間や特に冬期、人々の精神状態を悪化させる。紛争時、病院では発電機により、手術室や緊急室だけの配電が維持されるため、外科診療だけが重点的に行われることになる。入院患者を含め、内科、小児科、手術を伴わない産婦人科、周産期医療などの質は低下する。また、非都市部では、予防接種用のコールド・チェーン ワクチン運搬のための一連の冷凍庫、冷蔵庫、保冷装置などの機能継続も困難となる。

物理的に破壊するわけではなくとも、制裁や封鎖も同様の影響を与える。1992年から1993年の冬、アルメニアの都市部は石油、石炭、灯油など燃料輸入が途絶え、気温零度以下にもかかわらず、住民は電気も調理・暖房用の燃料も入手できなかった。深刻な食糧不足と寒冷は、さらに個人の必要熱量を上げる。湾岸戦争時、連合軍攻撃により、イラクの上下水道は破壊され、腸チフス、コレラなどが増えた。貧困国であっても、とにかく使えているインフラは攻撃対象とされる。スーダン反乱軍支配地区では、手押しポンプが攻撃された。20世紀が終わるころ、チェチェンの首都グロズヌイはロシア軍に包囲され、南バルカンでは再び民族間対立の兆しがあり、パレスチナをめぐる和平は頓挫し、スペイン、アイルランドなど先進国の都市部でもテロが発生している。これらの廃虚と化した紛争国の地域社会や、先進国の不穏社会の地域住民集団がどのような精神的問題を抱えているのか、情報は断片的である。

2 - 3 集団のメンタル・ヘルス

1980年代末、筆者がUNICEF Afghan Programme Office¹⁴に勤務した際、難民キャンプに生まれ、物心がつくかつかないころから武器になじみ、戦士に囲まれて育ち、武力行為が身近な環境で育った少年たちの少なからぬ数が、10代の早い時期に紛争に加わっている様子を、繰り返し間近に見た。父や兄に加わったり、また、一族の男性が紛争で死亡した場合には彼らに代わり武器を手にすることは、あまりにも当たり前のことであった。祖母や一族の長老的女性が、それを勧めている場面にも遭遇した。周りに戦死者の墓が林立し、手足を失った人々があふれる環境で育つ子どもにとって、紛争に従事することは、大人になるということであるのかもしれないと思った。

死亡者数や障害者の存在、また、新しい墓地の存在は、参戦を拒否する理由にはなり得ず、むしろ、それらが存在するがために武器を手にすることが本人にとっても、また、母親や家族にとっても必要かつ誇らしいことのようにみえた。

当時、筆者は、難民キャンプと難民の祖国アフガニスタン国内の予防接種拡大作戦(Expanded Program on Immunization: EPI)に従事していたが、紛争のないところでは、子どもたちを感染死から守ることができて、紛争によって起こる彼らの死¹⁵や、後に、彼らが巻き

¹⁴ わが国からの初の紛争地近傍への人材派遣としての受け皿は、1988年12月1日、パキスタンのペシャワールに新設予定のUNICEF Afghan Programme Officeであった。

¹⁵ 当時、ソビエトに支援されていたカブール政権に対抗するムジャヒディーン支配地へのEPIで、2回目の接種に訪れた村落が、完全に爆破されていたことがあった。

込まれ、行うかもしれない他人に対する殺戮は防ぐことはできないという、援助者側にあるジレンマともメンタル・ヘルス問題ともいえるもどかしさにも気づかされた。事実、当時、予防接種を受けた少年たちが数年後にはタリバン兵士になっている可能性は大いにある¹⁶。

子どもたちが紛争の中で育ち、破壊的暴力的行為にさらされ続けることは彼らの責任ではない。しかし、誰が、彼らのより健全な成長環境に責任を持つのか、誰が、彼らに、将来の希望と安定した生活を保障できるのであろうか。

子どもに関して、少年兵や家族と離別した個々の子どもへの取り組みは、紛争国や紛争後の地域で積極的に行われるようになってきている。しかし、紛争が地域社会全体、すなわち集団に与える短期的、直接的、また、その後長く続く間接的、長期的なメンタル・ヘルス問題への取り組みは著しく遅れている。何が、「普通の人たち」を、集団で見境ない殺戮行為に追いやり、親しい隣人であった女性をレイプしたり、その一族を虐殺し、消滅させようとしたりするのか。なぜ、異なる民族を絶やさなければ、自らの安全を保てないと考えるのか。なぜ、ともに貧しい人々が互いにわずかなインフラを破壊し続けるのか。そして、多くの紛争国では、そのような憎しみが世代を超えて伝達され続けている。このようなことを多数見聞するにつけ、地域社会の統合、地域社会ぐるみのメンタル・ヘルスの重要性に思い至ったのである。

¹⁶ 後年、WHO本部勤務でアフガニスタンを担当した際、武器を手にした複数のタリバン関係者が、かつてパキスタンの難民キャンプに暮らした経験を話していた。

3．紛争の変遷

歴史上、戦争のない年はないといわれるほど、戦（いくさ）は人の存在と結びついている。戦いの大義が何であれ、いったん戦いが起これば、必ず、生命とヒトの健康が損なわれてきた。20世紀中葉、2つの戦いの後でやっと、健康とは身体的、精神的、社会的に健全である、ということが認識されるはるか以前から、戦争は、人間の健康にとって最大の阻害要因であった。既に述べたように、第一次世界大戦時には20%以下、第二次世界大戦で50%となった一般住民の犠牲は、1990年代の地域紛争では90%を超えた。紛争が身近になったことは、死や外傷など、身体的犠牲以上に精神的また社会的犠牲を強いている。今までのさまざまな戦争、そして紛争を、国際保健面、特にメンタル・ヘルスの点から検証し、人々の健康が、どのようにむしばまれてきたか、また、いかなる対応が行われてきたかを概観する。

3 - 1 戦争とは

戦争とは国と国が、戦いの専門家集団である軍隊¹⁷によって覇を競うことである。

国以外の集団同士が戦ったり、植民地の独立戦争のように、（宗主）国に対して一部勢力が反旗を翻したり、また、反政府集団が国家権力を攻撃することもある。国際法上は、これらは内乱または内戦と呼ばれるが、結果として、ある国の独立に関係する戦いは、独立戦争¹⁸と呼ばれることも多い。奴隷制の賛否を問うた米国南北戦争は内戦（the American Civil War）とされる一方、革命戦争（the American Revolutionary War）とも呼ばれるように、理念や経済的独立を求めた内戦を革命（revolution）¹⁹と呼ぶこともある。革命は、必ずしも、武力行使を必須とはしないが、結果として、武力紛争の様相をとることが多い。

内戦は、ある国の領域内でおこる、国家を含む対立集団間の大規模かつ組織的な武力行使で、前述のように、独立につながるものは独立戦争と呼ばれることもあるのに対し、同じような独立への闘争でも、宗教や民族または社会的文化的背景が異なる集団間の政治経済的対立がある場合には民族紛争（ethnic war）と呼ばれることもある。この場合、ジェノサイドや民族浄化など、いわゆる人権問題に類する事態が多発し、双方にメンタル・ヘルス上の問題を生じることが多い²⁰。

¹⁷ 軍隊とは、外国からの軍事力行使などに対し、ある国が自国（または他国）の治安や利益を守るための手段として維持運営する組織である。イタリア、フランスなどでは警察や消防も軍組織としている。準軍事組織である国境警備隊、沿岸警備隊、軍警察は有事の際には正規軍とされる場合が多いが、国が認知しない武力集団（民兵や義勇兵）はこの限りではない。しかし勢力によっては、時に国際法上、交戦者とされる。

¹⁸ 米国独立戦争（the American War of Independence, 1775）また、英国の統治終了後のイスラエル独立で始まったパレスチナ（第一次）中東戦争（1948）は、イスラエルでは独立戦争と呼ばれる。

¹⁹ 市民による国家改革であるフランス革命（the French Revolution, 1789）政治・経済・思想・文化を含む社会改革を目指した中国文化大革命（the Great Proletarian Cultural Revolution）類似のボル・ボト革命（1975）など。革命は必ずしも武力行使を伴わないが、結果として、武力紛争の様相をとることが多い。

²⁰ 例えば、古いものでは1960年代のアルジェリア問題、1974年の南北分断以来のキプロス問題、1987年来のスリランカのタミール独立問題、1991年に始まるユーゴスラビア崩壊に伴う紛争、1994年のルワンダの危機、1999年ごろから継続するロシアのチェチェン。

いずれにせよ、これらの紛争でも、死傷者や障害者は生じ、社会インフラやシステムは破壊される。しかし、独立など、大きな目的が達成された場合には負の結果は代償吸収され、不満が相殺されてしまう傾向にある²¹。

メンタル・ヘルス面で大きな問題を残しやすい内戦の例としてカンボジアを後述する。

特殊な例では、もともとは1960年代に始まる国内紛争に米国が介入したことによって、国土が南北に分断され、国家間戦争に至ったベトナム戦争（1960 - 75）がある。現地では、対米戦争ともみなされているが、国際法上の戦争には該当しないとして、ベトナム紛争と呼ばれることもある。この「戦争」は、後述するCHEに近いが、南北両ベトナム側にも、介入した米国にも大きな負担を生じ、そもそもPTSDという新しい疾病概念が確立する機会となった。

これらの国内紛争は、一方に政府軍が存在したり、対立集団が一定レベルの軍事訓練を行ったりすることはあるが、軍隊による国家間戦争とは異なり、一般住民が民兵化またはゲリラ化し、居住地や農耕や牧畜の場が戦場化するなど、極めて身近で日常的な戦いといえる。したがって、救援に際しても、守られるべき住民と戦闘要員が鑑別できず、人道的援助が困難に面することが多いだけでなく、身近な隣人やそれまでの仲間を殺害したり迫害したりする事態も増えるため、被害者だけでなく加害者にも重篤なメンタル・ヘルス問題を残す。

最近の国内紛争は、一方の権威に対して他が戦いを挑む形ではなく、複数の対立者が存在する上、しばしば、不特定者を目標とするテロ行為を伴っている。特に自爆テロなど、非人道的手段が多用されることは、紛争地の救援活動を困難にし、またメンタル面の実態把握を不可能にしている。

表3 - 1に、1990年代からの紛争の消長をまとめた。1990年からのわずかの期間に、紛争の形態が著しく変化していることが分かる。

戦争は、戦傷外科や輸血学を発展させたとされるが、それは副産物にすぎない。巨大なIT化された兵器だけでなく、カラシニコフ・ライフルのような小型で、使いやすく、しかも殺傷力の大きい銃器により、誰もが簡単に戦闘要員となり、誰もが攻撃の対象となり、大きなトラウマが生まれている。

身体的被害は武器や兵力の大小に比例するが、メンタル・ヘルスは、破壊力や武力の大きさではなく、むしろ、徐々に武力や暴力的環境が蔓延し、伝統や文化という地域住民がよって立つ社会の基盤を根こそぎにしまうことによって侵される。その影響は、実際の戦闘が行われなくとも、将来の展望を失った地域の人々を徐々にむしばんでしまう。しかし、このような目に見えない、長期的慢性的影響はあまり認識されておらず、また、広域で時間経過を追った詳細な調査は行われたことがない。

²¹ 20年前の独立のための戦いに従軍した兵士への恩給や土地分譲が滞ったことから生じている最近のジンバブエ紛争のような例もある。

表3 - 1 1990年以降の紛争（戦争、民族紛争、人道的介入、テロ）

年	地域紛争国（地域）	戦争対戦国	テロリズム	その他
1990	アフガニスタン、アンゴラ、中央アフリカ、コロンビア、イラク（クルド）、レバノン、リベリア、モザンビーク、PNG	イラク クウェート侵攻、印パ軍衝突		独統一、ポーランド・ルーマニア民主化、リベリア大統領暗殺、ラトビア・リトアニア・エストニア独立、ミャンマー総選挙、日バブル崩壊
1991	バングラデシュ、チャド、コロンビア、イラク（クルド）、インドネシア、フィリピン、シエラレオネ、ソマリア、ソビエト連邦、南アフリカ共和国、スリランカ、スーダン、ウガンダ、ユーゴスラビア連邦	湾岸戦争（多国籍軍×イラク）	ラジブ・ガンジー暗殺	ハイチクーデター軍政移管、ソ連8月革命後消滅、ミャンマーアウン・サン・スーチーノーベル平和賞受賞、カンボジア和平会議、中台内戦終結、韓国・北朝鮮国連加盟
1992	アフガニスタン、アンゴラ、アルジェリア、バルト3国、バングラデシュ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ブルンジ、クロアチア、エジプト、グアテマラ、インド、リベリア、ミャンマー、ルワンダ、スリランカ、タジキスタン、トルコ、ザイール		アルジェリア国会議長暗殺	ユーゴスラビア崩壊、国連対リビア経済制裁と新ユーゴ追放、欧州通貨危機
1993	アフガニスタン、グルジア、ロシア			チェコ・スロバキア分離独立、化学兵器禁止条約
1994	アフガン、アンゴラ、アゼルバイジャン、カンボジア、チャド、ロシア（チェチェン）、イラク、リベリア、メキシコ、ミャンマー、ルワンダ、タジキスタン、トルコ、イエメン	NATOセルビア空爆、英米仏イラク攻撃、米ハイチ進駐、露チェチェン侵攻	米NYWTC爆破、日松本サリン事件、ヘブロン虐殺事件	北朝鮮NPT脱退、エリトリア独立、インドネシア（反華人暴動）、イスラエル・パレスチナ和平協定、ココム解散
1995	アフガニスタン、アルジェリア、アルメニア、インド、イラク、マケドニア、ミャンマー、パキスタン、ロシア（チェチェン）、ソマリア、南アフリカ共和国、スリランカ、スーダン	印パ対立	日オウムサリン事件、米オクラホマ連邦ビル爆破、仏パリ列車爆破、イスラエルレビン首相暗殺、日ペルー大使公邸人質事件	ボスニア和平協定、カタル無血クーデター、仏南太平洋核実験、ザイールでエボラ出血熱流行、世界女性会議
1996	アフガニスタン、ブルンジ、コロンビア、リベリア、パキスタン、PNG、ロシア、ルワンダ、タジキスタン、ウガンダ、ザイール、ネパール	露チェチェン攻撃、イスラエル×レバノン	英ロンドン爆弾テロ、米アトランタ爆発テロ	仏地下鉄爆発事故、アフガンにタリバン政権 ネパール（マオイスト）武装蜂起
1997	アフガニスタン、アルバニア、アンゴラ、カンボジア、コロンビア、コンゴ共和国、エジプト、インド、インドネシア、イラク、ミャンマー、シエラレオネ、ソマリア、南アフリカ共和国、スリランカ、トルコ、ザイール	多国籍軍アルバニア侵攻、シエラレオネにナイジェリア軍介入	エジプト観光地テロ、スリランカ爆弾テロ多発	化学兵器禁止条約、地雷全面禁止条約、中国新疆省民族暴動、韓国75万人スト、北朝鮮金正日総書記就任／食糧危機悪化
1998	アンゴラ、ブルンジ、コンゴ共和国、イラク、ケニア、マケドニア、パキスタン、ペルー、ルワンダ、セネガル、スーダン、ウガンダ	エリトリア×エチオピア戦争、米アフガニスタン・スーダン空爆	アイルランドテロ、米大使館同時テロ（ケニア、タンザニア）南ア反米テロ	露ルーブル急落、イラク査察拒否で米英空爆、印・パキスタン原爆実験、インドネシア暴動

年	地域紛争国（地域）	戦争対戦国	テロリズム	その他
1999	アフガニスタン、アルメニア、コロンビア、インド、東ティモール、ケニア、ナイジェリア、シエラレオネ、南アフリカ共和国、スリランカ、ザイール	NATO軍ユーゴ空爆	日キルギス人質事件、露モスクワ爆弾テロ多発	中国法輪功非合法化、東ティモール独立、宗教対立激化、イラン大規模デモ
2000	アルジェリア、アンゴラ、コロンビア、ギニア、インド（カシミール）、インドネシア（アチェ）、イラン、ネパール、フィリピン（ミンダナオ）、ロシア（チェチェン）、ルワンダ、ソマリア、スーダン	エリトリア×エチオピア、印・パキスタン対立激化	イエメン沖米海軍艦攻撃、タイでミャンマー武装集団病院占拠	中国チベットカルマパ17世亡命、パキスタン軍クーデター、パレスチナ独立延期
2001	アフガニスタン、コロンビア、フィリピン（ミンダナオ）	米英軍アフガン空爆	米同時多発テロ	ネパール王宮乱射事件
2002	【アンゴラ和平】 【スリランカ和平】		アフガン副首相暗殺、チュニジア観光客テロ、仏海軍テロ攻撃（イエメン）、チェチェン警察テロ、バリ島テロ（インドネシア）、モスクワ劇場テロ（ロシア）、モンバサ自爆テロ（ケニア）、チェチェン市役所テロ	
2003	イラク	イラク攻撃	リアド連続自爆テロ（サウジアラビア）、カサブランカ自爆テロ（モロッコ）、バグダット国連事務所爆破（イラク）、ナジャフイスラム廟爆破テロ（イラク）	
2004	スーダン ダルフール地区		クルド自治区同時テロ（イラク）、モスクワ地下鉄爆破（ロシア）、カルバラ同時テロ（イラク）、マドリード列車爆破（スペイン）、タバ連続爆破テロ（エジプト）、ロシア航空機同時爆破・モスクワ地下鉄爆破	

注：年次を超えるものは発生年のみ記載。いったん終息後、再発生したものは、その年次に記載。

出所：CRED、OCHA、SPRI、BBCなどより筆者作成。

3 - 2 さまざまな戦争 - 被災者は誰か、救護を受けているのは誰か

3 - 2 - 1 熱い戦争（Hot War）

一般に「熱い戦争（hot war）」という言葉はあまり使われていない。しかし、主義や思想対立による国家間の対立を「冷戦（cold war）」と呼ぶのに対して、武力武器の行使が行われる場合を熱い戦争と呼ぶことはある。熱い戦争は、古来、想定されている戦争そのものであり、「破壊のための行為」であり、「力による闘争」であり、「暴力的接触」であり、原因としての武力行使と結果としての物理的破壊や生命の喪失や身体的被災は当事者にも、外部にも明らかに認識される。

世界でも最も古い、かつ組織的な紛争時救援を意図した組織として誕生した赤十字国際委員会（International Committee of the Red Cross: ICRC）（1862～64年に成立²²）は、激戦地を通りか

²² スイスの実業家ジャン・アンリー・デュナンは、1859年6月、アルジェリアに設立した製粉会社の水利権陳情のため、イタリア統一戦線で指揮をとるナポレオンに会うための道中、1日で4万の死傷者を出した激戦地ソルフェリーノを通りかかった。町の人々と協力して、両陣営の傷病兵を救護したデュナンは、その経験を『ソルフェリーノの思い出』として著したが、その中で国際的救護団体の創設を訴えた。これがヨーロッパ各国で反響を呼び、ジュネーブに国際負傷軍人救護常置委員会（赤十字国際委員会的前身）が発足、1863年10月、ヨーロッパ16カ国による国際会議で赤十字規約が成立した。翌1864年8月には、スイスほか15カ国が最初のジュネーブ条約（いわゆる赤十字条約）に調印し、ここに国際赤十字が正式に誕生した。赤十字誕生125周年（1988年）にあたり、国際赤十字・赤新月社連盟は、赤十字の誕生は何年何月と具体的に断定はできず、1862年11月の『ソルフェリーノの思い出』出版から1864年8月の最初のジュネーブ条約調印までの2年10ヵ月間としている。

ったひとりのスイス人実業家の人道的発想から始まったが、最初は、戦争に従事する兵士の、身体的被災に関心が向けられていた。

また、第一次世界大戦後、特に英国を中心に「戦争神経症」の研究や対策が進んだが、これにあくまで、従軍した兵士における「戦争のストレス」による症候群であった。

戦争は、あくまで「政治の手段のひとつ」であり、「人間社会の本質的状态」とも考えられてきたが、いずれにせよ、かつての武具、槍や刀に代わって銃や機関銃が、歩兵や騎馬に代わって自動車や戦車が主流となり、さらに戦艦や戦闘機が用いられるようになり、それらの機能がいつそう近代化されたために、戦争の規模とその犠牲は、質と量において、著しく巨大化し、戦いの担い手である兵士の被るストレスも許容範囲を超えて巨大化している。この時代には、メンタル・ヘルスにおける戦争の最終的被災者である住民の姿はない。

あえて例を挙げるには及ばないが、かつての王の小規模戦士隊による、戦場での戦いでは、被る身体的精神的障害は小さく、後に与えられる名誉や褒章、報酬によって補償されうるものであったともいえる。それが、国家をあげての総力戦となり、兵士が受ける身体的精神的ストレスが膨大となっただけでなく、本来、保護されるべき一般住民の生命の喪失と身体的障害、精神的ストレス、さらに社会的被害が増大してきた。

第一次世界大戦時から直後に高揚した戦争神経症研究は、まもなく、下火となった。しかし、この疾患は戦時特有の特殊なものだけではなく、いつの時代、どの社会にも存在する共通性のある性格や神経症が、戦争という強烈なストレスによって顕性化するもので、外傷神経症、戦闘消耗症、シェルショックなどを含め、いずれも「戦争」という「ストレス」の「後遺症」とみなされた。

十数年後に始まった第二次世界大戦では、先の経験から、兵士のメンタル・ヘルス対策は相当行われたとされる。また、平時の（市民）精神医学とは異なる有事の軍事精神医学あるいは戦場精神医学といった分野も生まれたが、その対象は、あくまで戦闘に従事しているか従事した兵士で、一般国民へのメンタル・ヘルス対策が行われることはほとんどなかった。

世界を二分した第二次世界大戦での犠牲者数は、わが国の沖縄、広島、長崎の例を挙げるまでもなく、決して兵士だけではなかった。しかも2000万とも3000万ともされる死者の数は、単に戦いによって物理的に失われた生命の数であり、正確な障害者の数だけでなく、兵士であれ、一般住民であれ、ここに傷を受けた人々の数も傷の深さも不明のままである。

このような熱い戦争は、将来も存続するであろう。後述する新しい戦争では、一般住民への被災を防ぐために、IT化されたハイテク兵器によるピンポイント攻撃が行われている。しかし、いかにその攻撃精度が上がるうとも、武力が行使される限り、兵士であれ、民間人であれ、攻撃される側の身体的犠牲、精神的ストレスが消えることはあり得ない。

3 - 2 - 2 冷戦 (Cold War)

20世紀の前半の30年間に、当時、先進地域に居住していた人類の大半は、2つの世界戦争による未曾有の惨事を経験した。

その結果、国際社会は、「大規模かつ熱い」戦争がいかに悲惨な結果をもたらすかを、敵味方

なく等しく経験したが、決して、紛争フリーの世界を構築する方法を学習したわけではなかった。

第二次世界大戦という未曾有の世界規模の「国家群間の熱い戦争」が終わって、わずか4年後の1949年、連合国支配下に置かれたドイツが東西に分裂することによって新しい戦争 - 「冷戦 the Cold War」²³ - の幕が開いた。

第二次世界大戦の遺産は、冷戦だけでない。ヨーロッパでは多数の難民が発生し、日本では、原爆という新たな非人道的兵器の惨状が明らかになった。さらに戦場となったあらゆる国には、戦後何十年を経ても解消されていないメンタル・ヘルス問題が残っている。また、アジアやアフリカで多数の国が独立したものの、それが新たな紛争の種をまいたことも忘れてはならない。

冷戦時代には、確かに、熱い大規模戦争は発生していない。しかし、そのことは決して紛争フリーであったとはいえない。冷戦の最先端、すなわち、米ソ二大国の触角が触れ合う地域、例えば、朝鮮半島では朝鮮動乱（1950-53）が、東ヨーロッパではハンガリー事件（1958）が、そして米国の庭先ではキューバ危機（1962）が、さらに中国をはさんでインドシナ半島ではベトナム戦争（1965-73/75）が、さらにチェコスロバキア問題（1968）やソビエトのアフガニスタン侵攻（1979）など、二大国の代理戦争に形を変えた、局所的だが長い熱い戦闘が途切れなく継続していたといえる。

このような場合、紛争の開始も中断、終結も、さらにどのような規模で戦うか、いつどこでどんな戦いを実施するかは、すべて戦いの当事者ではなく、背後の大国の意思によった。アフガニスタン、アンゴラ、モザンビークなど、途上国での代理戦争では、紛争は長年にわたったが、必ずしも、一国全体が戦場となったり、何ヵ月も戦闘が継続したりするわけではなく、農村地帯では、植え付けや収穫期には、自然発生的な休戦状態があり、取りあえずの生活は維持されることが多かった。このような、「生かさず殺さず」式の戦いが、次第に地域社会をむしばんだことは、これらの代理戦争が、冷戦構造の終焉とともに、戦いの当事者に引き継がれ、民族や宗教など、何らかの対立理由をもつ根深い復讐合戦、怨念戦争として、次のCHE（後述）へ引き継がれていったように見える。

冷戦時代の途上国における代理戦争では、1970年代から活動を拡大しつつあった西欧系NGOが、戦場近傍地で避難民への支援活動を行ったが、食糧配布や緊急医療など身体的健康を主体とするものであった。

²³ 数千万人の死者、同数の避難民を生じた第二次世界大戦は1945年に終わったが、ドイツは分割統治された。二分されたベルリンのソビエト占領地は東ドイツ（ドイツ民主共和国）首都、西ベルリンは西ドイツ（ドイツ連邦共和国）の首都ながら、東ドイツ領内のenclaveとなり、西側3ヵ国（米・英・仏）が共同信託統治した。西ベルリンへは空路（乗り入れは米・英・仏3ヵ国の航空機のみ、ドイツの航空会社ルフトハンザは就航禁止）または直通専用道路で西ドイツ本土と通じていた上、東西ドイツ国境封鎖後も、ベルリンの東西間往来が許されたため、東から西への脱出者が続出した。東ドイツ政府は、1961年6月、表向きは労働人口流出禁止を理由に、東西ベルリン境界線を封鎖する壁を建設した。東西冷戦の目に見える最前線として、約30年にわたり冷戦を象徴したベルリンの壁は、1989年11月9日、東ドイツ政府による東西境界線解放後、住民により打ち壊された。1990年、東西ドイツは統一、1991年には、ソビエト連邦でも8月革命がおり、同年末、ソビエト連邦そのものが消失した。

3 - 2 - 3 地域武力紛争 (Complex Humanitarian Emergency)

1991年、アフリカの角・ソマリアに発生した権力闘争は、脆弱な政府と強力な武力を持つ反政府地域権力者の対立に端を発し、政府の崩壊、武力集団間の内戦から無政府状態に至った。同じ年、ヨーロッパの庭・ユーゴスラビアに端を発した民族対立は、脆弱な治安状態のバルカン一帯にその後の不穏をもたらした。

1990年代には、これらに類似する事態がいくつも発生した。その背後には、「第二次世界大戦」直後の独立時、歴史や文化また人々の民族的結びつきや交流に配慮しないまま、急いで引かれた国境をはさんで存在してきた宗教や民族性といった卑近な理由による対立意識とともに、冷戦時代からの不信感や憎悪があった。

冷戦構造の中では、局所的紛争があったにせよ、大国の意思によって、真の対立は覆い隠されていたともいえる。特に、開発途上国に多発している、これらの「地域武力紛争」は、以下に述べる特徴から、新しい人為災害としてひとつのカテゴリーとなり、Complex Humanitarian Emergency (CHE) と総称されるようになった。

CHEは、それまでの自然災害や飢饉援助と本質的に大きな違いがあることから、国際社会の注目を浴びるようになった。1991年、救援のため、ソマリア²⁴に入ったCare International代表が、国際的週刊誌に投書したように、「武力紛争によって避難を余儀なくされた人々のための支援活動、救援物資を守るために、武器が必要という矛盾……」が生じた。以後、CHEには、国連PKOその他の軍隊が関与する事態も稀でなくなったが、人道的援助の形態が大きく変化するきっかけであった。

CHEでは、援助の意思や手段があり、救援を求める人々がいても、そこに到達するまでの道中に武力紛争があったり、援助機関の倉庫や事務所が襲われたり、避難民はおろか、救援者自身の治安維持も困難な事態がしばしば発生するほか、以下に述べるように、いくつかの特徴がある。

いつの時代、どんな形の戦争であれ、最も大きな犠牲を強いられるのは国民である。しかし、第二次世界大戦時のナチスによるユダヤ人迫害やわが国の沖縄戦、広島・長崎の原爆犠牲者の例もあるが、国家間戦争は戦闘専門家としての兵士によって戦われ、一般住民は保護される存在であった。しかし、CHEでは、十分な正規訓練を受けていない戦士や応急訓練程度の一般住民に加えて、駆り出された住民が「民兵 (militia)」として戦いに従事することも多い。すなわち、プロの戦闘要員「軍隊 (military)」と、戦いから隔離され、守られるはずの「市民 (civilian)」の区分は明確でない。つまり、誰でも戦いに参加できる一方、誰でもが攻撃や「報復・復讐」の対象となり、一般人の犠牲が増える。また、アフリカなどでは、一地域の全住民が避難する場合、住居や耕作地など、それまでの生活環境を破壊したり、攻撃側の村落を焼き払ったりするとの情報があるが、居住地域が戦場化してしまうことも稀ではない。

²⁴ 1991年、アフリカの角に位置するソマリアで内戦が勃発し、反政府軍の統一ソマリア会議 (United Somali Congress: USC) が首都を制圧した。弱体だった大統領は追放され、アリ・モハマディ・モハメドが新大統領となったが、軍を率いるアディド將軍との対立が激化し内戦状態となった。加えて、発生した旱魃飢饉への国際救援活動は効果が上がらないだけでなく、救援物資が略奪の対象となるという、かつてない壮絶な救援状況が頻発した。

身近な紛争に、一般住民が意識的に参加しても、強制的に参加させられても、顔見知りへの攻撃であり、知人隣人からの襲撃であることもあって、感情的になりやすく、大量殺人や復讐行為につながりやすい²⁵。

また、途上国のCHEでは、日常生活の場が戦場化する半面、種まきや収穫期、また、冬季には自然発生的な休戦がなされ、決定的破壊を防ぐような妥協が図られる一方、戦いが10年20年にわたることになる。また、宗教や民族の違いが絡んだ紛争が長期化した状態では、しばしば、外国の同じ宗派や同一民族からの軍備的、財政的、また思想的支援が事態を紛糾させている。また、紛争地に石油、天然ガス、ダイヤモンド、金など、自然資源が豊富な場合、外国資本の利権問題とともに、武器産業の介入があり、戦いの当事者は同じであっても、戦いの質が変わってくる²⁶場合もある。

もうひとつの大きな特徴はメディアの関与である。

1991年の湾岸戦争や1994年の旧ユーゴスラビアへのNATO空爆が、まるでゲームのように同時中継で世界に伝達されたが、そのような紛争や緊急人道援助の報道に対して「CNN効果」²⁷とか「任天堂戦争」²⁸という言葉を生み出し、TVの前における、紛争の大衆化を作ってしまった。各地にCHEが発生したこともあって、その急性期にのみ、メディアと国際社会の関心が向けられてしまい、慢性化した「戦争でも平和でもない (no peace, no war)」状態は取り上げられなくなってしまった。このようなメディア効果から「忘れられた災害 (forgotten emergency)」²⁹が多数作られたことも特徴である。

1990年代半ば、このようなCHEが定義され、確立した学問領域 (a science) とはいえないまでも、ひとつの専門分野 (a discipline) と見なさざるを得ない現実を踏まえ、さまざまな検討や議論がなされてきた。

筆者は、1992年に、アフガン難民援助に従事した際、援助者を巻き込む治安問題が頻発したことを、「極めて大量の難民を生じる人為災害で、難民のみならず援助側の治安が維持されない状態をcomplex disaster」として取り上げたが、1995年4月、ハーバード大学公衆衛生大学院が開

²⁵ ボスニア、ルワンダ、コソボでは、手足を縛られたり頭蓋骨に損傷を受けた遺体を含む死体遺棄現場が多数みつかっている。CHEは、このような集団殺戮 (genocide) や、嫌がらせ、迫害、隔離、襲撃、追放による民族浄化 (ethnic cleansing) などが、しばしば発生する。これらは、例えば旧ユーゴ紛争はオランダ・ハーグ、ルワンダはタンザニア・アルーシャに設置された、通称ジェノサイド条約 (1948年国連総会採択、1951年発効。1997年現在122カ国加盟、わが国は未承認) に基づく国際裁判所が対処する。しかし法的処理の有無を問わず、住民同士による陰湿な惨事によるこころの傷や感情的しこりは解決せず、新たな報復を生む。

²⁶ アフガニスタンは米ソ対立の代理戦争から、イスラムと非イスラムの、さらに天然ガスをめぐる利権争いへと変化した。アンゴラ独立後の対立は、支援国ポルトガルやキューバの対立、その背後の二大国の関与から、ダイヤモンドをめぐる戦いに変化した。冷戦の終焉は戦いを現地化し、宗教や民族など、身近な理由を顕にしたが、大国の覇権に代わり、武器輸出、精神的宗教的影響、ダイヤモンド、石油、天然ガスなど自然資源利権をめぐるビジネスの形の介入が始まっている。

²⁷ 1991年1月17日の湾岸戦争発生以来、米国国民が24時間、CNNテレビニュースに釘付けとなり、買い物や外食に行かないため、個人消費が冷え込んだ。

²⁸ 湾岸戦争で、CNNなどがリアルタイムの戦争報道を行い、ミサイルが正確にピンポイント攻撃する映像がTVゲームのようだと、日本のTVゲームメーカーをもじった「Nintendo War (任天堂戦争)」という言葉が生まれた。

²⁹ 国際社会が注目し、CNNなど国際メディアに派手に取り上げられる紛争地の陰で、国際社会の関心が向けられないまま、遷延した人道の危機状態にある地域をいう。アフリカの多くの地は、時々、脚光を浴びる以外は、同じ紛争状態にあっても忘れられている。

催した「The First Harvard Symposium on Complex Humanitarian Disasters」(1995年4月)では、従来の難民保健やそのメンタル・ヘルスに加え、緊急時の包括的公衆衛生支援のあり方、人道救援における人権や倫理のかかわり、「戦争(war)」や「紛争(conflict)」など、治安(security)が維持されていない状況下での災害救援(disaster relief)が議題となり、CHEに対する初めての学際的討議がなされ、この分野の実践や研究の発展に大きなきっかけを与えた。

わが国で、最初にComplex Humanitarian Emergencyという言葉が使われたのは、1996年2月の厚生省国際医療協力研究委託事業「被災民の健康と保健医療援助のあり方に関する研究班(主任:喜多)」シンポジウムである。同シンポジウムで、Michael Toole(現Macfarlane Burnet 医学センター国際部長)は、政治的、疫学的、倫理的、概念的など、いろいろな面からの解釈があるが、公衆衛生学的に言えば、「CHEとは、“住民間の武力闘争や内乱、戦争を含む各種要因から発生し、人口移動や食糧不足が加わって、多数者の健康がおかされ、過剰の死亡が発生する、比較的、急性の状況”」とした。

また、同シンポジウムで、Jennifer Leaning(現Harvard大学医学部教授兼人口開発研究所長)は、「自然災害や戦争被災者の救援は、医療・公衆衛生分野の重要な仕事」になってきているが、治安状況の悪い、危険地域で働くことは、今までにも多数あった。そして「人道援助に、どんな保健医療技術が必要かはよく分かっている」、しかし今後は、救援者が、「人権侵害により、本来の居住地域社会(community)や生態系(ecosystem)との連携を遮断せざるを得ない多数の避難者が被る社会的心理的負担にどう対応するか」を考慮した支援を考えるべきで、「特に、今後の紛争救援は、技術的な保健医療対策から精神的心理的社会的支援に移行する必要がある」と解説した。

CHEは、その後、紛争状態の前には政治的混乱があるとし、Complex Political Emergency³⁰とする意見もあったが、いずれにしても、貧困や低開発が潜在する国や地域に発生する最初は小さな紛争が、次第に大きな武力闘争となり、時には周辺地域をも巻き込んで遷延していく状態で、例え、国連や近隣国の仲介による和平が成立しても、しばしば再燃し、大量の避難民が生じるだけでなく、大量殺戮や民族浄化といった陰惨な事態も稀でなく、さらに救援側の安全も保障されない状態として一定の認知を得ている³¹。

CHEへの関与は、大量の避難民発生が外部に認知されて初めて開始されることが多く、ひそかに行われる虐殺や民族浄化のみならず、その前兆ともいえる嫌がらせ、ボイコット、襲撃、その他の人権侵害など、外部社会に見えないhidden emergencyによってここに傷を受けている人々は多いと思われるが、その実態を把握することも、予防することも不可能に近い。

CHEの問題のひとつは、効果的な援助体制を構築し、継続しにくいことがある。自然災害では、地震のように予兆をつかみにくいことや、火山爆発や旱魃のように長期にわたるものもあるが、通常は、最大インパクトは比較的短時間で、おおむね、一方向に移行する。CHEでは、強奪、襲

³⁰ CHE状態に至る前には、必ず、政治的な混乱があるとするGoodhandらの意見もある。

³¹ Nancy Mock(Tulane大)らは、最初の小さなConflictがCrisisを作り、Chaosを経てComplex emergencyに至る“C 4 - Cascade”論を、筆者は、収束したかにみえても、また、和平合意がなされ、いわゆる紛争後(post-conflict)に至っても逆行することから、紛争の“Vicious Cycle”論を提案してきた。

撃、抗議集会やスト、行政機関のサボタージュ、特定集団に対する嫌がらせ、ボイコットなどを予兆とみなせることもあるが、介入を決定する確実な徴候はなく、政府の不適切な対応から政治不信が広がり、集団暴力発生の素地を作る。交通や通信、教育や保健医療など、公共サービスが断絶したり悪化したりして、さらに人々の不満を募らせる。産業が停滞すると失業者や不平分子が増え、民兵化しやすい環境を作る。次第に、武器が蔓延し武力行使への慣れが生まれる。

万一に備えて持ったはずの武器が防衛に、やがては積極的な攻撃に用いられる。自己防衛のための武力が組織化され拡大する。警察や軍隊の一部あるいは全部が紛争に加担すると治安は維持されなくなる。行政機能はマヒし、初めは傷病者を受け入れていた病院も、ついには機能しなくなる。

CHE地域では、数十年、時には世紀を超えた先祖代々の対立や憎悪もあるが、実際に、武力行使が開始するきっかけは些細な場合が多い³²。身近で些細な問題故、人々の間にしこりが残りやすいが、その解決には、外部者の大がかりで専門的な介入はなじまないだけでなく、かえって問題は複雑になる。

CHEでは、戦いの原因が身近で、紛争が激化するまでは親しい隣人であったり、同僚であったりする人々が、自分や家族の生命を守るために殺傷し合うことも生じるため、双方のメンタル・ヘルスへの影響は大きい。しかも、問題は、慢性化した不穏な経過を通じて、人々が意識しないうちに、それらの影響が浸潤することであり、特に、成長期にある子どもたちが、暴力や復讐の文化に順応してしまうことであろう。数十年を経て、紛争が再燃することからして、世代を超えた影響があると思われるが、十分、検討されていない。また、このような時期への対応も工夫されているが、継続性には問題があり、成果を得るまでには至っていない³³。

地域社会に対立が蔓延し、自分や家族が生き延びるためには、民族色を発揮することが強要されると、それまでの隣人や同僚が敵となり、互いに生命を脅かす存在となり、それまでの地域社会が破壊される³⁴。その結果、誰もが民族浄化やgenocideの加害者になりうる。このような人道的な危機に対しては、国際刑事裁判所が設置され、責任者の法的な裁きが行われるようになった³⁵。

しかし、問題は、いかに正義が守られたとしても、個々の人々が被ったところの傷が解決されたわけではないことである。実のところ、大量殺戮や民族浄化などでの多数者の殺戮がない限り、

³² アフリカでの伝聞では集落間の動物の遺失、水や水飲み場をめぐる対立などがきっかけになることが多い。

³³ CHEでは、「戦争でも平和でもない (no peace, no war) 状態」が長期間継続し、さらに「忘れられた人道の危機 (forgotten emergency)」化している中で、人々の間には不信感、憎悪、復讐の念などを含むメンタル・ヘルス問題が広がっているが、外部者は相当期間滞しても把握できない。この時期は救命救急的緊急援助の効果は限定的である上、信頼できる政府やカウンターパートが機能せず、インフラは不備で長期的開発協力も行い難い。筆者は、WHO緊急人道援助部勤務時、Barrier-free Intervention Mechanism-Relief to Developmentとして、1990年代末のコーカサスで「Health as Bridge for Peace Project」を行った。これは、緊急人道援助に従事する現地スタッフに平和教育や人権教育を行い、地域住民との対話を組み込んだ地域メンタル・ヘルス対策だったが、成果を上げたかどうかの評価は行えていない。

³⁴ ルワンダの小村での伝聞では、村の子どもの80%は近隣の親しい「おじさん」が父や兄を殺害し、母や姉をレイプする現場を目撃し、20%の子どもの死体の中に身を潜めて難を逃れたという。

³⁵ ルワンダの危機に対して、ルワンダ国際戦犯法廷（ルワンダ国際刑事裁判所、the International Criminal Tribunal for Rwanda）が設置され、「同国領域内で行われた集団殺害およびその他の国際人道法の重大な違反について責任を有する者ならびに隣接諸国の領域で行われた集団殺害およびその他のこのような違反に責任を有するルワンダ市民の訴追のための国際刑事裁判」が始まっている。

CHEによる死者数はそれほど多くはない。しかし、CHE地域では各種感染症が流行するだけでなく、あらゆる不健康が蔓延しているのは、単に人的資源の喪失と社会インフラの物理的破壊だけではない。多数のpost-conflict（紛争後）地域の復興が軌道に乗らないだけでなく、そもそも、CHEの終息が容易でない理由は、地域社会そのものの崩壊によるものであり、それを支えてきた人々の精神的荒廃³⁶があるからといえる。

CHEは極めて流動的であり、実態が把握しにくい上、武力対立を持ち込みやすい国内避難民（IDPs）を多数生じること³⁷、インドネシアのような中進国や政治大国ロシアでも同様の事態が発生したこと、さらに朝鮮民主主義人民共和国（北朝鮮）やサダム・フセイン支配下のイラクなどの独裁国も、国際的にはCHEとみなされており、なお、議論の余地はあるものの、国際保健上、メンタル・ヘルスが注目されるきっかけを作ったことは事実である。

3 - 2 - 4 人道的介入によるHealth Crisis

「平和」は戦争の対極の状態であることは事実である。しかし、多くの独裁政権国家では紛争はないが平和とは認識されない状態が存在する。「武力による平和」とか「武力なき平和」という言葉があるが、武力行使がない³⁸、戦争状態がないだけでは、真の平和とはいえないことは、いくつかの独裁国の実態から理解できる。

安全保障の考えは、最初の世界大戦であった第一次世界大戦後に生まれた。さらに、侵略を罰することや侵略を防ぐことが平和維持に重要であるとして、集団安全保障の考えも加えられたが、第二次世界大戦は防止できなかった。その後も、国政政治上、予防外交など、各種の検討もなされているが、現在の地域紛争を予防することには効力を示していない。これまでの紛争の歴史は、平和が武力によって達成できるものではないことも、政治的な概念や理念だけで達成できるものでもない³⁹ことを示してきた。

ある国の国内紛争や抑圧に対し、いかなる手段を講じるべきかに対してはさまざまな検討がな

³⁶ ルワンダでも、多様な人道援助や復興支援が行われ、メンタル・ヘルスプロジェクトもないわけではない。しかし父や兄など最も近い肉親への殺戮や母や姉への過激な暴力にさらされ、隣人すら信じられなくなったかもしれない子どものこころの傷は評価されていない。

³⁷ クルド、ルワンダ、コンゴのように、短期間に数十万を超える大量避難民を生じる場合、同時に、国境を越えずに国内にとどまる国内避難（IDPs）が多数発生する。IDPは難民同様の状況だが、国境を越えないため、外部社会に分かりにくく、武力対立が持ち込まれやすいために、治安維持に時間と精力を取られ、避難民の身体的精神的健康対策が遅れることも多い。さらに、難民への支援はUNHCRに責任があるが、国際的には、IDPへの責任機関が定められておらず、地域武力紛争が増加する現在、問題は大きい。

³⁸ 非暴力は、差別や抑圧を受けている民衆が武力を用いず、政治体制改革を求めているための理念。当然、犠牲は大きい。インド独立時のガンジー、米国の人種偏見へのキング牧師、ミャンマーのアウン・サン・スーチーら。

³⁹ 国連教育科学文化機関（United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO）憲章の前文には、「戦争は人の心の中で生まれるものであるから、人の心の中に平和のとりでを築かなければならない。相互の風習と生活を知らないことは、人類の歴史を通じて世界の諸人民の間に疑惑と不信をおこした共通の原因であり、この疑惑と不信のために、諸人民の不一致があまりにもしばしば戦争となった。（中略）文化の広い普及と正義・自由・平和のための人類の教育とは、人間の尊厳に欠くことのできないものであり、かつすべての国民が相互の援助および相互の関心の精神をもって果さなければならぬ神聖な義務である。政府の政治的および経済的取り決めのみに基づく平和は、世界の諸人民の、一致した、しかも永続する誠実な支持を確保できる平和ではない。よって平和は、失われなければならないため、人類の知的および精神的連帯の上に築かなければならない」とある。

されてきたが結論は出ていない⁴⁰といえる。そのひとつが、1991年のソマリアへのPKOや、同年の湾岸戦争などの「人道的介入」⁴¹がある。

1991年、ソマリアに内戦が勃発した。脆弱な大統領が追放され、反政府軍（統一ソマリア会議、USC）が首都を制圧した。しかし、軍を牛耳るアディード将軍との対立がさらに激化し、内戦状態となった。加えて、当時広がっていた旱魃飢饉への国際救援活動が滞ったばかりか、救援物資が略奪の対象となるという異様な状況が各地に発生した。

結局、人道的介入のはずの国連軍は、開発途上国の局地的な1武装勢力を相手に、決定的勝利を得られないだけでなく、遷延する戦闘のなかで劣勢に回ることになった。無政府化した途上国とはいえ、地域住民の中に多数の支持者をもつ、1武力集団の長を相手に、国連が、女性や子どもを巻き込んだ「ゲリラ戦」の一翼を担う結果となった。

ソマリアでは、平和をもたらすはずであった国際社会からの軍隊が、最貧国の、人々の生活の場を戦場化し、守るべき人々を敵とし、あらゆる都市インフラを最前線基地化するという異例な状態を形成してしまった。

豊富な先端兵器を持つ米国軍が、勝利を疑わずに始めた作戦は、取るに足りないはずの貧困国の1反乱勢力を相手に、国連軍の救援を要した上、将軍逮捕という目的を達することなく、援軍を含め複数死者を出して終わった。なぜ、善意の救援、正義の米国軍が現地で受け入れられないのか、国際社会は予期せぬ問題を突きつけられたが、後方視的にみれば、結局、真の平和とはいわないまでも、人々の望む解決は、外部者の政治理念や軍隊の力では得られないことを示したもののといえる。

約10年後、ソマリアでは、住民による銃規制が始まり、地域と国家復興の兆しが見え始めている。人道的介入であれ、外部からの武力行使がもたらすものと、現地住民の意思の重要性を対比させる出来事といえる。

ソマリアとほぼ同じくして、中東のイラクをめぐる、もうひとつの人道的介入が発生した⁴²。

イラクは決して貧困国ではない。しかし、独裁体制下に大多数の国民は外部社会と途絶した、自由のない、決して豊かでない生活を余儀なくされていた。結局、国連の決議は、ここでも、先

⁴⁰ 例えば、1960年代、南アフリカと旧ローデシア（現ジンバブエ）のアパルトヘイト政策に対する武器禁輸と経済および文化的交流の停止、キューバに対する経済制裁、1980年代のアルゼンチン、イラク、イラン、中国、ニカラグアへの経済制裁、1990年代に強化されたイラク制裁や、最近では、9.11後に行われた短期間のアフガニスタンへの経済制裁がある。為政者へのこらしめであるが、多くの場合、政権交代や政治体制改革はもたらず、むしろ、窮迫する財政事情の中で、保健や教育予算が削減され、結果として国民の生活状態を悪化させることが多い。

⁴¹ 当時、国連はサヌン特別代表による地域長老を介した和平策を進めていた。しかし、「Agenda for Peace（平和への課題）」を発表し、PKO強化を目指していたブトロス・ブトロス・ガリ事務総長の強制行動行使勧告が安保理決議され、史上初の武力行使を伴う人道的介入が決まった。Operation Restore Hope（平和の回復作戦）の名の下に、ソマリアに入った米国海兵隊の目的は武力対立の緩和と飢餓民への食糧配布だったが、1武装集団の長アディード将軍の抗戦から頓挫し、「国連軍」が「公式に」非政府軍である1武力集団攻撃に踏み切った。しかし、1993年6月、PKFに代わり通常戦に耐える完全武装国連軍が「民兵」襲撃をうけ24人が死亡、国の形態を失った途上国ソマリアの武力集団が、多国籍軍とはいえ国連軍に対し宣戦布告した。

⁴² イラン・イラク戦争（1980～88）時の支援資金の即時返還をめぐる対立から、1990年8月、サダム・フセインが隣国クウェートに侵攻、外交での解決は望めないと、翌年1月、ソマリア同様、当時のガリ国連事務総長の構想に基づく多国籍軍攻撃が始まった。しかし、イラク石油をめぐる利権問題から、フランスなどの参加はなく、安保理決議があったものの、真の国連軍ではなかった。

端兵器と莫大な戦費を費やして、住民を巻き込む武力攻撃を容認したことになる。湾岸戦争と称されたこの戦争では、劣化ウラン弾が用いられたことによる攻撃側の健康被害は知られたが、イラク国民の被災については、ほとんど知られていない⁴³。

新しい世界秩序を目指した国連のPKO活動はソマリアでは失敗し、国連決議に基づくPKOではなかった湾岸戦争の多国籍軍は、ひとまず所期の目的を達した。しかし、このような国内紛争や侵略戦争への介入が人道的であるかどうかは、その後のPKO活動でも、常に議論の余地を残し、国際保健上には、さらに大きな問題を提起している。

すなわち、国連安保理が決議し、攻撃対象を軍備施設に限定したとしても、戦闘地と住民の居住地が区別しにくい地域や、正規軍以外の民兵をどう認識するのか、本来は守られるべき住民が含まれていないことをどう判定するのかといった問題もさることながら、IT化した先端兵器による真の被害は、物理的な破壊だけではないことが忘れられている。しかも、攻撃側の被害は、比較的正確に報道されるに対して、被攻撃側の、特に人的被害はほとんど報道されず、特にメンタル・ヘルス面や文化的被災に関しては、まったく認識もされていない⁴⁴。

不幸なことに、同様の介入は、攻撃側の組み合わせは異なるが、その後も続いている。2001年9月11日、米国本土での同時テロに対するアフガニスタンへの米国軍空爆や、今では根拠のないことが歴然としている大量破壊兵器保持を理由とした、国連決議のないままの英米軍による2003年のイラク攻撃である。

硬直化した「独裁者」を「ならず者」と決めつけての武力行使にも見えたこの介入でも、比較的详细に報告される攻撃側の軍関係者の犠牲に対して、攻撃を受けている側の、特に住民の犠牲については、ほとんど、信頼できる報告はない⁴⁵。

3 - 2 - 5 テロリズム

人道的であれ、単なる軍事行為であれ、国際社会の意志による武力介入もCHEも最後の人為災害ではなかった。

テロの実践者に数年間の操縦訓練期間を与え、さらにその生命を犠牲にするという、想像外の計画ではあったが、2001年9月11日に発生した米国同時テロは、武器らしい武器を用いず、経済的にも政治的にも、さらに軍備的にも世界の超大国の、しかも戦場から最も遠い大都会の経済の国防の中枢に膨大な喪失をもたらした。

失敗したが、第四の航空機が政治の中枢を狙っていたことも明らかだった。物理的に失われた

⁴³ 2004年、面接したイラク人保健医療者は、施設や機材などのハード面の補修は、時間をかければ自国でも可能だが、未来への希望を失っている人々のメンタル・ヘルスへの取り組みが先決だとした。

⁴⁴ 国連軍介入基準が一定しておらず、例えば、1994年のルワンダの危機では、予兆に気づいていたものの国際社会が介入せぬまま、多数者の虐殺が発生した（Dallaire, R.; Carroll and Graf (1991) *Shake Hands with Devil* に、その経過が詳しい）が、1991年の旧ユーゴでは国際社会の対応は早く、1998年末のコソボでも数ヶ月の外交交渉後、北大西洋条約機構（NATO）軍が空爆に踏み切った。筆者が、WHO勤務時に担当したルワンダ、ブルンジ、コンゴ民主共和国（旧ザイール）などのアフリカ中央部諸国では、人道援助や復興支援の交渉時に、しばしば、「国際社会」不信についての発言を耳にした。

⁴⁵ 紛争地の保健状態については、NGOによる活動地の状況報告や赤十字、国連人道問題調整官事務所（Office for the Coordination of Humanitarian Affairs: OCHA）、WHOなど国連の資料があるが、いずれも断片的である。

生命や建造物の量的計測は可能だが、多数国を巻き込んだ、想像を絶した攻撃によって生じた精神的文化的喪失感には計り知れない。数ヵ月後の現地調査でも、それまで経験した多様な災害とは比べられない異様な雰囲気⁴⁶を感じたが、その影響は歴史的に検証されなければならない範囲に広がっている。その後、「テロとの戦い」⁴⁷と称する報復行為が、たいした反対もなく行われたのは、2001.9.11が多数者を巻き込んだ稀な災害というだけでなく、世界が新しい時代に突入し、人類が新たな人為災害を知ったためであろう。

テロリズム (Terror、Terrorism) ⁴⁸は、1789年、フランス革命達成後、権力を掌握したロベスピエールが対立勢力に対して行った恐怖政治 (Régime de la Terreur) を語源とする。最初は権力者の反対派粛清のための手段だったが、後に、権力側が武装抵抗をテロと呼んだことから、反体制側が行使する暴力的手段を指すようになった⁴⁹。

公衆衛生的には、「権威や権力者への威嚇や嫌がらせ、または社会混乱を起こすため、あるいは金銭獲得や仲間の解放を求めるためなど、非合法的集団または個人が、自らの目的達成のために、直接関係のない不特定多数者に対し、あらゆる暴力手段を行使し、その生命や健康および日常生活を脅かす行為」といえる。

テロの持つ意味は変化したが、フランス革命時代に由来しているように、新しい手段ではない。しかし、9.11以来、多国籍の不特定多数者を巻き添えにするテロが頻発し、世界は極めて不穏な時代にある。見えない敵との第三次世界大戦ともいえるような現在のテロは、虐げられた少数派による権力者への対抗手段ではなくなった。いつどこで、自分がテロにあうかもしれない恐怖が世界を覆っている。貿易や観光を含む経済活動が妨げられるだけでなく、国際社会が絶えず混乱し、多数者がいわれのない恐怖心を抱き、徐々に日常生活が障害され始めているのではないか。

このようなテロは、被災者のみならず行為者側にも心理的問題があるように見える。貧しく、希望を持ってない人々が、わずかの報奨によってテロに加担⁵⁰したり、自爆したりしている。CHEにおいてもテロが日常的になった現在、強大な権力者としての大国や、それに加担する者への威嚇手段としてのテロ予備軍を育み続ける文化すら生まれている感もある。近い将来、BCN⁵¹を用いた巨大テロのリスクも否定できない中、犠牲者のみならず、行為者や予備軍となる人々へのメンタル・ヘルス介入も必要であろう。

開戦の大義が揺らぎ、中東の民主化に理由がすりかえられたイラク戦争という、最も新しい

⁴⁶ 4ヵ月半後でも、直接の被災者でない家族にすら面接することは不可能であった。

⁴⁷ 同時テロの首謀者とされるオサマ・ビン・ラディンをかくまったイスラム原理主義政権タリバン支配のアフガニスタン空爆は報復と同時に、結果からみると長いCHE状態を終わらせた介入ともいえる。しかし、この「テロとの戦い」は、その後のテロを断ち切るよりも、テロの効果を際立たせ、さらに新たなテロの連鎖を生んでいるようだ。

⁴⁸ ルソーがいう理想的な独立小生産者による共和制樹立を目指したロベスピエールだったが、権力掌握後、自分に反対するすべてを処理すべく、短期間に一般市民を含む約1,400人をギロチンに送った。その結果、市民の支持を失い、1794年7月24日、反対派により逮捕され、自分もギロチンで処刑された。

⁴⁹ テロには、個人的テロリズムと政治集団や国家による集団的テロがある。国家や政治権力を持つ集団による場合は本来のテロの原型である恐怖政治につながる。権力側のテロを特に白色テロと呼ぶこともある。

⁵⁰ ペルー大使公邸人質事件のテロリストの大半は数百～千ドル程度で雇われた貧困地帯の若者だった。

⁵¹ 生物学的 (Biological: 肺炭疽菌、天然痘ウイルスなどの病原体)、化学的 (Chemical: サリン、マスタードガス、シアンなどの化学物質)、核 (Nuclear) 手段による兵器をまとめてBCN兵器という。近年、大量殺戮を目的とするテロでの使用の危険性が高まっている。

「テロとの戦い」は、解放されたはずのイラク国内にかえって多様なテロを助長している。近代社会を形成するのは民主国家であるべきという、国際社会の意思に賛同しない人々を武力をもって根絶することは不可能だが、暴力を行使する側もその犠牲者側にも、さらに多種多様なメンタル・ヘルス問題を生むであろうこの戦争が短期で終了する見込みはない。

以上述べた中で、新しい紛争であるCHE以降の人為災害において、保健医療分野は何をしてきたか。また、何をなすべきであっただろうか。

3 - 3 新たな人為災害（CHE、人道的介入、テロリズム）とHealth

戦争の変遷をたどってみると、1980年代後半、開発の対象が国家経済から、地域社会や個々の人間レベルに変わりつつあったところに、紛争の形態も国対国から、国内の地域武力対立に、そして1990年代後半からは、不特定だが個人が巻き込まれるテロへと変化してきたことが分かる。

自然災害と異なり、人為災害では必ず人の意思がかかわる。身近になった紛争やテロでは、その行為者も身近にいることも多く、互いに、より近く、より深く、より長く、身体的よりもメンタル面における影響が大きくなっている。これに対して、保健医療面の対応はどうであっただろうか。

第二次世界大戦前には、赤十字や宗教的団体⁵²を除き、広範な救援活動を行っていた組織は多くはないが、自然災害や紛争への人道援助はNGOが主導してきたともいえる。早くは、第二次世界大戦中や直後⁵³に設立された西欧系NGOは、当初、ヨーロッパ内の戦争による避難民援助から活動を開始した。既に、避難民の自立や人間としての尊厳への対応は述べられているものの、支援の実態は食糧や衣類の配布であった。

表3 - 2に、CHEを中心とする新しい人為災害が及ぼす各種影響をまとめた。

これらの先発NGOはヨーロッパ内戦復興後、1960年代以降、アフリカの飢餓やアジアの自然災害救援に目を向けた。1970年代から1980年代には、飢餓、自然災害から難民援助に活動の場を広げ、さらに多数のNGOが設立された⁵⁴。現在では、どのNGOも保健活動を行い、メンタル・ヘルスに配慮しているが、当初は、いずれも、いわゆる救急医療から始まっている。しかし、これらのNGOの活動から、従軍兵士を対象とした戦傷外科とは異なる、民間人による緊急援助というカテゴリーが確立した。

しかし、まもなく、先進国の医師による救命救急的医療援助の限界を知った⁵⁵NGOたちが、やがて水と衛生、食糧確保や栄養対策、さらに感染症予防や母子保健を中心とする公衆衛生活動こそが緊急人道援助の中心であることを確立した。

⁵² 例えばSalvation Army (UK) は1865年、Caritasは1897年来。ただし国内活動が主であった。

⁵³ IRC (International Rescue Committee) (1933)、Oxfam (1942)、Care (1945)、World Vision International (1950) など。

⁵⁴ Biafra戦争の救援に始まったConcern Worldwide (1968) やMédecins Sans Frontières (1971)、Action Aid (1972)、Mercy Corp (1979) など。日本ボランティア・センター (1980) も。

⁵⁵ CHEを定義したToole, M.は、MSF顧問でもあるが、初期の人道援助テキストでは、70%が救急医療の解説だったが、後には公衆衛生に70%を割くようになったという。

表 3 - 2 新しい人為災害の影響

影響	一般的	身体 / 保健面	メンタル面
直接的 短期的	<ul style="list-style-type: none"> ・大規模人口移動（難民、国内避難民） ・本来の生活圏の消失 ・政府が機能不全 ・社会インフラの破綻 ・複数武力権力者の存在 ・日常生活の中断、破壊 ・各種専門家の死、避難（頭脳流出） 	<ul style="list-style-type: none"> ・紛争 / 暴力による死傷、身体障害 ・避難に伴う感染症、食糧不足、栄養障害と過剰死 ・保健医療施設の破壊 ・医薬品と消耗品の盗難 ・特に女児女性のレイプ 	<ul style="list-style-type: none"> ・恐怖の日常化 ・食糧、現金、貴金属などの略奪への恐れ ・襲撃への恐怖 ・家族の離散、崩壊による不安、絶望 ・他人への不信任感
間接的 長期的	<ul style="list-style-type: none"> ・避難生活の長期化 ・就業の機会喪失 ・基礎教育の劣化 ・産業構造の破壊 ・各種社会インフラの荒廃、破壊 ・専門教育の劣化、中断、喪失 ・継続的な頭脳流出 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者への迫害、差別 ・不要の感染症、栄養障害などの蔓延 ・外部からの保健医療サービスへの依存 ・保健医療サービスの劣化、中断、消失 ・疫学調査などの保健制度の劣化、中断、消失 ・保健施設、専門教育施設の荒廃、破壊 ・専門知識の喪失 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人のPTSD ・援助による受身生活への慣れ ・希望、展望のない生活への慣れ ・暴力的環境への慣れ ・武力統治への慣れ ・復讐の文化の蔓延 ・伝統文化消滅によるidentityの喪失 ・伝統や習慣の破壊 ・家族の分離、家庭の崩壊 ・地域社会の崩壊 ・連帯意識の消失

出所：筆者作成。

しかし、メンタル・ヘルス面への関与は、長い間、それほど重視も注目もされなかった。ひとつの理由は、精神的障害そのものによる死の絶対数が少ないことがあるが、加えて、短期間の滞在で交代する、先進国からの緊急援助スタッフでは、十分、メンタル・ヘルスの実態を把握できないこと、さらに物質的補給や外傷や栄養障害、感染症など、身体的障害に比し、メンタル・ヘルスへの適切な介入手段を持たなかったことが挙げられよう。

一方、1960年代のインドシナ諸国や1970年代以降のアフリカ諸国から、欧米諸国に避難、移民した人々の「精神障害」は、比較的、古くから研究や介入の対象とされていた⁵⁶。しかし、紛争地や難民キャンプまたは紛争後地域における集団のメンタル・ヘルスは、最近まで、ほとんど注目されてこなかった。

途上国、特に紛争地の人々のメンタル・ヘルスは、紛争後復興の過程の中で、また、人間の安全保障の概念によって、個々人への対応が重要になってきた中で開発の主題となってきたといえる。

⁵⁶ 初期の研究は、元来、多民族であった米国やオーストラリアなどの少数民族のメンタル・ヘルスの範疇で始まっている。

4．人間の安全保障

冷戦構造の終結は、新たな人為災害を生んだ。そして、CHE状態が遷延する国や地域、また、独裁者や抑圧的政治により、国際社会の介入を余儀なくされる国家もあらわになった。

このような地域では、人間の基本的権利である安全な水や食糧が確保され、最低限の生活を守るための住居や衣服はおろか、健康や保健医療サービス、そして初歩的な教育すら受けられないだけでなく、働く権利も移動の自由さえも保障されていない人々が多数存在する。

第二次世界大戦以来の経済開発や民主化支援によって、確かに、多数の開発途上国の平均寿命は延長した。にもかかわらず、人間としての尊厳が守られていない人々の数は、それほど減少してはいない。長年、国の発展を国民総生産（Gross National Product: GNP）といった経済指標によって見てきたが、途上国におけるこのような状況を異なる観点から評価するため、人間開発（human development）の概念⁵⁷が生まれた。Haqは、開発は人々の選択の幅を広げることとし、人々が、長い人生を、健康で、かつ創造的に過ごせる環境を作ることが重要だという。この個々の人々の、いわば「生きがい」が重要との考えは、本稿が目的とする地域住民のメンタル・ヘルスそのものともいえる。

ここで気づかされることは、1980年代までの、ハード重視の大規模な国家経済開発は、結局、途上国貧困層の生活状態を改善しなかったばかりか、同一国内の格差を助長し、真に援助を必要とする人々は、いっそう深く「neglect」されてしまうという、メンタルな問題を作り出したことである。加えて、冷戦構造の終結は、それまで対抗上行われていた東西援助の流れを変えただけでなく、表面的には平等で競争から守られていた社会主義地域に市場経済という競争原理が広がるきっかけとなった。自由はなかったが、競争する必要もなかった人々は無防備なまま、侵入してきた外部にされされ、一段と大きな格差を押し付けられた。急激な経済的・情動的なグローバル化は、これらの人々をさらに落ちこぼれさせ、著しい不満や絶望感をもたらしたであろう。1990年代に、新たな人為災害CHEが増加し、さらにテロが生まれてきたことと無関係ではない。

人間の安全保障（Human Security）⁵⁸の考えは1994年、Haqによって提案された。UNDPの1994年度報告書では、翌年3月に予定されていた社会開発サミットに向けた提言という形をとっているが、日常生活における個人や地域の安全性の確保が、人間の安全保障という言葉で集約さ

⁵⁷ 1990年、国連開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）は、新しい開発指標として、世界銀行Policy Planning部長やパキスタン国財務大臣を歴任した経済学者Haq, Mahbub ulによる、健康、教育、経済力から算出する人間開発指数（Human Development Index: HDI）を創出した。その基本理念は“...these choices can be infinite and can change over time. People often value achievements that do not show up at all, or not immediately, in income or growth figures: greater access to knowledge, better nutrition and health services, more secure livelihoods, security against crime and physical violence, satisfying leisure hours, political and cultural freedoms and sense of participation in community activities. The objective of development is to create an enabling environment for people to enjoy long, healthy and creative lives.”で、同年から、これをタイトルとする年報を発刊している。

⁵⁸ 1998年12月の小渕総理の第1回アジアの明日を作る知的対話における「人間の安全保障についての考え方」の表明と同月のハノイでの人間の安全保障基金の設立表明以来、わが国の拠金による2000年の人間の安全保障委員会設置を経て、2003年、人間の安全保障委員会（緒方貞子、アマルティア・セン両共同議長）が最終報告書提言を提出。

れている。報告書は、飢餓、感染症の蔓延、失業、環境破壊、麻薬や犯罪といった身近な脅威が世界的となっていることを指摘し、「……人々が安全な日常生活を送ることができなければ……、平和な世界を実現することはできない」とし、「今後、頻発するのは国家間の紛争より、むしろ内戦だが、その原因は社会経済的な貧困と経済格差の増大に深く根ざしている。このような状況での治安の追求には軍備ではなく開発が必要だ」と述べている。

この年次報告は、国家の内外で、開発、政治、経済、軍事などあらゆる分野の人々に安全保障の概念が漠然とした国家の段階だけではなく、身近に達成すべき問題でもあること、それが全うされなければ国家の安定はないことを認識させる大きなきっかけとなった。

また、「**現代の人が感じる不安**は、世界の政治的悲劇的な不安よりも、**日常生活にまつわること**が多い」とし、したがって、「人間の安全保障には安定した雇用・所得・健康・環境や、犯罪のない安全性が必要だ」とする。さらに、「平和を獲得するには、2つの領域で闘う必要がある。ひとつは、人々が脅威から解放されるという勝利であり、もうひとつは、経済と社会の領域における欠乏からの脱却という勝利が必要だ」としている。

人々が日常的に感じている不安は、その原因が卑近であるために、生活状態が不安定になれば増大する。さらに紛争状態が加われば、不安は倍加され、加速され遷延する。しかし、これらの不安のすべては、精神医学の専門的治療を要する範疇ではなく、また、身近に強大な武力抗争が発生したり、避難しなければならぬ事態が差し迫ったり、食糧不足が緊迫したりするなど、より大きなリスクがあれば自己処理されてしまう。つまり、危機が大きければ大きくなるほど、精神面の健康は等閑にされてきたといえる。

5 . Post-conflict Rehabilitation 紛争後復興とメンタル・ヘルス

表 5 - 1 に、post-conflict期の保健問題をまとめた。

表 5 - 1 Post-conflict期の保健問題

問 題	現 象
途上国の共通問題 貧困や低開発に伴う現象	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養障害、下痢性疾患 / 感染症の蔓延 ・ 不備な保健インフラとシステム、専門教育 / 訓練 ・ 保健予算の不足
紛争に伴う国内問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 戦死や障害者発生、特に男性の死傷問題 ・ 保健分野の頭脳流出、熟練層喪失 ・ 保健医療サービスの劣化、消失 ・ 保健医療システムの崩壊 ・ 暴力的環境への慣れ ・ 個人的、地域的メンタル・ヘルス問題
紛争に伴う国外問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避難民流出に伴う問題 ・ 国が関与できない 緊急援助にかかわる問題 ・ 近隣国または国際社会の過剰関与
紛争に伴う国内外の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症の拡散 ・ 保健医療サービスの多様化 ・ 麻薬の拡散 ・ 武器、資源、麻薬関連ブラックマーケットの発生
紛争後に発生する問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ Donor orientedの一過性援助問題 ・ 不備で未熟な保健計画による問題 ・ 外国支援権力者の発生
紛争地の共通問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健分野を含む、崩壊した国家管理体制 ・ あらゆるインフラの機能喪失または低下 ・ 地域社会とその伝統文化の喪失 ・ 家族や住民間の連帯感の崩壊 ・ 将来展望や希望の喪失
紛争地の共通問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 粗雑な保健計画の実践 ・ 一時的援助ダンピングによる問題 ・ 国内格差の出現 ・ 価値観の変化に伴う問題
メンタル・ヘルス問題（再掲）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 暴力的志向（ 紛争再燃 ） ・ 将来への希望がない ・ 信頼関係の崩壊 ・ 情緒的不安定 ・ Identityの喪失

出所：筆者作成。

冷戦構造が終わった1990年代、途上国で継続していた紛争の理由は、それまでの大国の思想対立の代理戦争から、民族や宗教の違いなど身近なものに変わった。しかし、戦いそのものは継続した上、ソビエト連邦崩壊に続いて独立した東欧や中欧アジア諸国や大国のかせを失った途上国に新たな紛争が続発した。これらはいずれもCHE化した、数が多いだけでなく、治安問題からも、それまでの緊急人道援助では対応しきれず、また、長期開発協力も実践不能であった。

このような中、1998年、世界銀行がPost-Conflict Rehabilitation Unitを開設し、「紛争後」の支援をいかに行うかの検討を開始した。その後、UNDPやUNICEFでもpost-conflictという言葉が使われるようになったが、調べた限り、どのような時期または状態を示すかについては明らかに定義されたものはない。

筆者は、1997-99年のWHO緊急人道援助部（Department of Emergency and Humanitarian Action: EHA）に勤務中、担当部門において、以下のような取り決めを行った。なお、WHOは、通常、メンバー国保健省との連携において活動し、主に技術的関与を行っているが、紛争国など、政府が機能していない、あるいは崩壊しているような場合、または自然災害を含む広域の緊急事態においてはEHAが担当する。

Post-conflictとは、対立勢力の間に、国際的に認知された和平条約が合意され、積極的な戦闘は停止していることを確認した状態とする。

Conflict期の支援は、緊急的人道的かつ技術的に限定し、インフラ整備には関与しない。ただし、

Conflict期にあっても、必要かつ可能な場合、現地もしくは適切な場所で、人材育成への支援は行う。

Post-conflict期の支援は基本的なPHCにとどめるが、プロジェクトは国の状況によって優先順位を検討する。

戦闘が再燃した場合、にもどる。

暫定的でも、国際的に認知された国家管理体制が確立した場合の長期計画関与は、WHOの本来の関係部門に引き継ぐ。

1997年から1999年に、積極的な戦争もしくは国内紛争国を含め、上記取り決めの下に日常的に関与した国は44カ国、その他情報収集などを含め、不測の事態に対応する準備が必要であった国も数十に上る。

紛争国の多くは、いったん、国際的に認知された和平合意がなされてもしばしば紛争状態に戻ることで、また、post-conflict期が確立しても、支援計画が容易に実践されず、また、継続性にも問題を生じた。

実際、post-conflict期の認定すらままならないのがCHEの特徴であるが、復興支援では、治安維持とともに、壊滅しているか、またはほとんど機能していない政府や地域行政のシステムづくりとともに、保健医療や教育といった基幹的社会インフラの物理的修復とその機能をいかに短期間に立ち上げ、維持させるかが重要である。

しかし、通常、武力行使が終わったとしても、周辺には武器が蔓延しており、何よりも人々に復興や再生の意欲が失われている。信頼できる政府や自治体が存在しない、あるいは脆弱で、なお、武力集団が複数割拠しており、地域社会には信頼できる専門家や熟練者が不在あるいは存在していても機能できる環境にない。しかも汚職が蔓延していたりすると、計画を託する人材を見つけることすら極めて困難である。

何よりも深刻なことは、CHEやその後の時期には、刹那的な生き方を余儀なくされてきた人々の間に信頼関係がなく、また、将来に希望を持っていないことである。このような状態はpost-conflict期だけではなく、多くの途上国に潜在する現象ともいえるが、紛争がそれらを強化していることは事実である。貧しさに加えて、武力への恐怖や避難という苦痛が加わることは、より弱い者により大きな負の影響を及ぼしている。さらにこれらの複雑化したメンタルな問題が、後に述べる子育て環境にも大きな影響をもたらしている。

しかしながら、これらの問題は一見メンタル・ヘルスの範疇にあるとはみなせるが、何がどう関与し、どのような事態が生じているのか、ほとんど検討されていない。したがって、これらの問題にどのような関与が必要かもまったく検討されていない状態である。

しかし、次に述べるカンボジアのpost-conflict期の実態などから、この時期の復興の中心をメンタル・ヘルスにおくことの意義は理解されよう。

6．カンボジアの事例

6 - 1 カンボジアの地勢と文化

カンボジアは、西と北西はタイ、東と南東はベトナム、北はラオスに接し、南はシャム湾に開けているが、インドシナ半島中央部に位置し、熱帯モンスーン気候地帯にある。年間平均気温は27℃、5月から10月は多湿な雨期、11月から4月が乾期である。年間を通じて高温多湿、4月ごろには最高気温が38℃以上、また、湿度が80%を超えることも稀でなく、雨期には夜間湿度が90%以上になることもある。

181,040km²（北海道の約2倍程度）の国土のうち、河川湖沼地面積が4,520km²と水面積が大きい上、降雨量はプノンペンでは年間平均1,400mm程度だが、山岳地帯では年間最高5,000mm以上もあるため、降雨していない平野部で洪水が発生するなど、自然災害が多い。ジャングルとこのような環境は、ゲリラ戦などに都合がよく、紛争状態が遷延する条件をなしていたといえる。

人口は、2004年に推定1250万人（世銀）とされているが、UNICEFやCIAは2000年前後に1300万と報告している。人種的には90%がクメール人のほか、ベトナム系5%、中国系1%、その他約5%である。国民の85%は農村に居住し、大多数は小乗仏教徒だが、数万人のキリスト教徒と、プノンペン近郊には、殺生を忌む仏教徒に代わり漁業を行うイスラム教徒約10万人がいる。人口構成では、15歳未満が47%と途上国の特性を示す一方、長い国内紛争の後遺症として、成人人口の60%以上が女性である。

公用語はクメール語だが、かつての植民地の経過から、1990年ごろまで、知識層はフランス語を用いた。現在は、ほぼ英語圏に近く、フランス語を扱うのは少数の高齢知識層が官僚のみである。

国の中央部東寄りを、チベットに源を発する国際河川メコンが北から南に縦断している。プノンペン付近で西方から流れるトンレサップ川と合流して大河となるメコンは恵みをもたらすとともに、雨期末には逆流現象を示し、流域一帯の水位上昇が著しい。メコン河は、プノンペン東部で方向を転じ、ベトナムを経て南シナ海⁵⁹に注ぐ。

国の中央は、トンレサップの河川と湖による肥沃な沖積平野で、周囲は、国土の大半を占める森林であり、豊富な降雨によって、海岸線にはマングローブ林が発達している。

かつてはコメの輸出国でもあったにもかかわらず、また、豊富な国土ながら、内戦、特にポル・ポト時代の誤った灌漑計画もあって、有効な土地利用はなされておらず、現在でも耕地面積は20%を超えていない。また、天然資源としては、サファイアやルビーなどの宝石埋蔵地がタイ国境に近いこともあって、その地域に拠点を置いたポル・ポト派の軍資金としての利用されたことはよく知られている。そのほか、良質の木材、石油、天然ガス、鉄鉱石、マグネシウム、燐な

⁵⁹ 筆者は、1992年ごろ、ベトナムへのODA調査に従事した時、ポル・ポト時代に、竹などで束ねたベトナム系住民の遺体がベトナム側に流れ着いたこともあり、それが同国の厳しいカンボジア圧政の理由だと教えられたことがある。

どを持つとされているが、有効活用されるには至っていない。

6 - 2 紛争の経緯

6 - 2 - 1 ポル・ポト時代以前

カンボジアの紛争時代がいつ始まったかを正確に断定することは難しい。少なくとも、ロン・ノル将軍がクーデターを起こした1965年ごろまでは、都市部住民の不平不満はあったものの、為政者シアヌーク殿下の下に、比較的、安定していたといえる。しかし、この国は、常に、近隣国のみならず、世界の大国の影響下にあったことを忘れてはならない。

1940年、第二次世界大戦中の日本軍のインドシナ侵攻に乗じて、1945年3月に独立を宣言したが、同年8月の日本の敗戦により、再び、フランスの保護下に戻った。しかし、シアヌークの独立願望は強く、1947年に憲法公布、1949年には、フランス連合内ながら独立を獲得、1953年には警察権と軍事権を回復し、ついに完全独立を得た。シアヌークは、政治活動のための父に王位を譲ったが、その後の約10年間のカンボジアは比較的安定していたといえる。

ベトナム戦争が激化した1965年、北ベトナムへの空爆を理由に、シアヌークは大国米国と断交し、親社会主義路線を強化した。当時の国防大臣で親米派のロン・ノルは、1970年、国王外遊中にクーデターを起こし、シアヌーク派を追放した。

米国という大国の支持・支援があったにせよ、一国民に過ぎない将軍が、大衆の敬愛を受けていた国王を放擲できたことは、慈父として君臨していたはずの王の無力さを示すと同時に、絶対君主に対する背信も可能という事実が作られ、その後の長い内戦の種がまかれたといえる。

一方、中国に避難したシアヌークは、中国文化大革命に心酔するクメール・ルージュの支援で帰国し、その指導者ポル・ポトと手を結んで、1970年10月、クメール共和国を樹立、ロン・ノル政権に対峙した。一方、ホーチミン・ルートを遮断したい米軍と手をつないだロン・ノルの対共産主義者対策は極めて残虐だったとされるが、後のクメール・ルージュ⁶⁰による大虐殺との関係についての調査やコメントは、調べた限り、見つかっていない。

カンボジア国内でのベトコン⁶¹活動が黙認されているとして、米国は、1971年1月、ベトナム戦争迂回路遮断を理由に、南ベトナムへの派遣軍の一部をカンボジアに侵攻させた。膨大な米国支援を得たロン・ノル政権は、軍事独裁体制を宣言し、新憲法も公布したが、過酷な支配体制は国民の支持を得られず、その間に、クメール・ルージュの勢力が拡大し、1975年4月にはプノンペンを解放した。ロン・ノルは亡命し、隣国では、ベトコンによるサイゴン陥落とともに、ベトナム戦争も終結した。

当時の手記などでは、まだ、それほど緊迫した雰囲気を感じていない人々が多く、むしろ、残忍なロン・ノル政権の崩壊とクメール・ルージュのプノンペン解放が歓迎されていた節がうか

⁶⁰ クメール・ルージュ（Khmer Rouge）とは、正確には、1975年から1979年までカンボジアを支配した社会主義政党をいうが、ポル・ポトを支え、虐殺を執行した一派の代名詞としても使われている。

⁶¹ ベトナムは、第一次インドシナ戦争で分割されたが、米国の傀儡政権ベトナム共和国（通称南ベトナム）内で、ベトナム統一を目指して活動した南ベトナム解放民族戦線のこと、北の支援と指導を得ていた。

がえる。

6 - 2 - 2 ポル・ポト時代

隣国ベトナムでの政変後、クメール・ルージュは首都プノンペンに入城した。1976年1月には、カンボジア民主国憲法が公布され、国名は民主カンブチア⁶²と称した。

当初、国民を解放したと思われたクメール・ルージュは、よく知られるように、未熟な農業本位、民族主義を強制し、プノンペンなど都市部を手始めに、中産階級的な住民を強制的に農村に移動させ、強制労働に従事させた。特に、近代文明制度を否定し、最初は研究者、教員など知識階級や熟練者を、次いで、前政権の高官を、そして最後には見境なく仲間をも迫害し、虐殺の対象とした。さほど豊富ではなかった知識層は殺害されるか、難を逃れて国外に流出し、一方、この時期、権力を握ったのは、ほとんど教育を受けていない地方出身の若年武力組織員オンカー⁶³であった。

ポル・ポトによる大量殺戮（genocide）の特異性として、基本的には人種、言語、宗教を同じくする同族によって行われた点を指摘しておきたい。

当時、東側陣営では、中ソ対立が激化していた。親毛沢東、親中国派のポル・ポトは、国境を巡る対立から、親ソ派ベトナムと断交していた。ほとんど、鎖国状態にあったカンボジアの一般住民がどのような健康状態にあったかについての詳細は記録されていないが、カンボジア人や外国人の回顧録⁶⁴から読み取れる。

中国に近いポル・ポトと、ソビエトに近いベトナムは、国境をはさんで対立関係にあった。ベトナムは、クメール・ルージュの指揮官で政治委員ながら、ポル・ポト打倒クーデターに失敗して亡命してきたヘン・サムリンによるカンボジア全国救国戦線を支援し、侵攻の機会をうかがっていた。ほとんどの国民は虐殺が国内外への避難、あるいは餓えといった極限状態に追いやられていた一方、権力を握っていたクメール・ルージュは組織化も訓練もされていなかった。米国との戦争を勝ち抜いたベトナム軍同然のヘン・サムリン派の侵攻により、民主カンブチアはたいした抵抗もなく崩壊した。1979年1月、プノンペンは解放され、ポル・ポトらはタイ国境付近に逃亡、親越政権が樹立されたものの、カンボジア国内は、傀儡政権、ポル・ポト派、国王派などの入り乱れるゲリラ戦を主体とする内戦状態に陥った。

6 - 2 - 3 ポル・ポト後の鎖国時代

ポル・ポト時代は終わったものの、国内はかえって混乱した時代である。中国には近かったが、ソ連には敵対してきたポル・ポトは、米国とタイの支援を受けて抵抗を続けた。ポル・ポトが目

⁶² わが国は、数少ない承認国であった。

⁶³ カンボジア語で「組織」を意味する。ポル・ポト時代の政権幹部を「革命組織」すなわち「オンカー」と呼んだ。個人でもなく、実体が不明なまま、国民は、絶大な権限をもつオンカーに忠誠を尽くすことを強要された。後には、下部組織、若年層の殺戮者も含まれていた。

⁶⁴ カンボジアの宗教を研究中にポル・ポト時代に遭遇したビゾ、F.の『運命の門』や映画『Killing Field』の原作ハイン・ニョルの『キリング・フィールドからの生還』、また、Pran, Dithの『Children of Cambodia's Killing Fields』など。

指したのは中国文化大革命であり、完全な平等主義と原始共産主義とされるが、インテリ、高度教育を受けた者、熟練者を壊滅させたことによる影響は深刻で、鎖国状態もあったが、国内に国の復興への機運は生まれなかった。

三度の新憲法公布後の1982年、中国の支援を得た反ベトナム3勢力が、ヘン・サムリン政権に対峙する連合政府民主カンボジアを樹立、一国2政府状態が始まった。近隣諸国でも和平の動きはあり、1983年2月のインドシナ3国首脳会談ではベトナム軍部分的撤退を決議、続く1984年の東南アジア諸国連合外相会談ではベトナム軍非難共同宣言が採択されたが、事態は改善しなかった。この間の一般住民の生活についてもメモワールや断片的な報告は多い。その中では、ばらばらになった家族の再会を果たせた人よりも、数年の搜索後、再婚や養子縁組による再生家族⁶⁵の話が多い。

このような反ベトナム傀儡政権勢力とその他の勢力間に内戦状態が続く中、国際的に認知されないまま、政権内権力闘争が発生し、1985年には、フン・センが実権を握る。

カンボジアの変化は、支配国ベトナムの政変に助けられた。

1988年、ベトナム首相ファン・フンが急死、1989年、ベトナム軍はカンボジアから撤退した。その支えを失った政権は急激に弱体化した。一方、ポル・ポトは和平協議を拒絶し、なお、新しい連立政権との闘争を続け、国内は泥沼化していた。1989年、フランスとインドネシアが共同議長として開催したカンボジアの和平に関するパリ会議、同年の国連会議、1990年6月のわが国の「カンボジア和平東京会議」、最終的には、1991年10月、「カンボジア和平パリ国際会議」によって、和平合意文章が調印され、ここに20年間継続したカンボジア内戦は終結し、国際社会の支援による国家復興が始まることになった。

しかし、ポル・ポト一派は政府に対抗し、しばしば局所的な紛争が起こった。1992年、国連カンボジア暫定統治機構（United Nations Transitional Authority in Cambodia: UNTAC）⁶⁶の駐留の下、復興が進み、自由選挙が行われるようになって、ポル・ポト軍の士気は低下、主要な指導者たちも離脱するに及んで、ほとんど、影響力はなくなった。1997年、政府との合意のため側近ソン・センも処刑したポル・ポトは、自身が部下の司令官タ・モクに監禁され、1998年、ジャングルの小屋で死亡した。

6 - 2 - 4 紛争後復興期

1992年3月、UNTACの平和維持活動が始まった。1年後の1993年4月には、国連管理下に総選挙が行われ、9月に初めて全国的に制憲議会による新憲法が発布され、立憲君主制に戻ったカンボジアはシアヌークを再び国王に戴き、その息子ラナリットとフン・センが暫定国民政権共同首相となった。

⁶⁵ 1992、93年ごろ、カンボジア国立母子保健センタープロジェクトに関与していた時、複数の政府高官や医療関係者から、1980年代初頭の再婚や養子縁組の経過や、戦中に死亡した者が多いため女性の再婚は難しかったという話を聞いた。また、熊岡路矢『カンボジア最前線』岩波新書にも同様の話がある。

⁶⁶ 日本人初の国連職員、明石康国連事務総長特別代表が率いるUNTACは、大規模な国連平和維持活動であり、わが国は、停戦監視、文民警察、選挙監視、道路や橋梁修理などへの支援を行った。

わが国は、UNTACに先駆けて大使館を開設、ほとんどの西欧ドナーが、まだ稼働していない中、1992年には積極的な復興支援を開始した。保健施設への無償資金協力、母子保健⁶⁷、結核対策プロジェクトを手始めに、社会インフラ整備などへの支援を開始したほか、初のPKO活動としての自衛隊派遣、選挙監視員派遣も行われた。

その後、1997年7月、第二首相フン・センによる武力クーデターが発生した。同じころにアジアを襲った経済危機の影響もあって、外国からの投資も復興支援も足踏みしたが、1999年には、過去30年間で初めて、何事もない安定した年を迎えた。1998年にはフン・センが単独カンボジア王国首相に就任、2004年には再選された。カンボジアは、全体として、順調に国家再生の道を歩んでいるとみなされており、1999年には、いったん延期されていたASEANにも加盟を果たしている。

6 - 3 復興期の健康問題

1998年の全国的な保健調査⁶⁸によれば、以下の所見が得られている。

(1) 女性の教育と健康⁶⁹

非都市部に居住する15～45歳の女性の教育程度は3年程度以下で、わずかに字が読めるかあるいは非識字である。教育程度は、女性の社会的経済的立場や識字と密接に関係するが、都市部女性に比べ、非都市部女性の教育年限は短く、しかも、田舎になればなるほど短い傾向がある。簡単なクメール語の文章なら、苦もなく読めるという女性の就学年限は4年程度、簡単な文章は何とか読めるとする女性では1～3年であることからすれば、まず、4年程度の基礎教育を全うすることが求められる。

紛争終結10年を経た現在では、半数程度の女性が就学3～4年のレベルにある。また、教育を終える年齢は早い、10代の結婚は多くなく、85%の女性は20歳以降に結婚している。

(2) 罹病率と治療⁷⁰

13.5%が過去1ヵ月間に、何らかの疾病もしくは外傷を持っている。5歳未満児に限れば、過去1ヵ月の有病率は4分の1に上る。にもかかわらず、全患者の14%、重症度が中程度以上の10%は何ら診療を受けておらず、しかも、非都市部住民の不受診率は全国平均の2倍、首都圏の3倍にも上る。受診の有無は、社会的経済的レベルによって大きく異なり、最貧層では富裕層の4分の1程度の受診率であり、さらに重病の場合、富裕層では85%が正規訓練を受けた保健員か

⁶⁷ 1995年開始の国立母子保健センタープロジェクトで、女性スタッフ同士の他愛ない口論に、「夫は銃を持っているから、(あなたを)殺すことだってできる」との発言があったが、保健医療者における、ある種のトラウマとの意見もあった。

⁶⁸ カンボジア保健省が、アジア開発銀行とドイツ技術公社(Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit: GTZ)の支援で行った全国的保健調査(The Cambodian National Health Survey)。

⁶⁹ 調査対象7,654人中7,630人の女性から得られた信頼できる回答(回答率99.7%)による。

⁷⁰ 5,938家族の総計32,176人から得られた回答。

ら治療を受けているのに対し、貧困層では59%程度しか診察を受けていない。受診できない家庭では、子どもの病気を含め、家庭薬か伝統的治療または売薬に頼っている。貧困層に多い子どもの急性呼吸器感染症の相当数は、医師に受診せず（できず）売薬に頼っている。なお、受診の場合は、半数は州（provincial）またはプノンペンの政府公的施設（Phnom Penh Government Hospital）であり、機能不十分な地区（district）病院やヘルスセンターを受診する者は少ない。

女性は、妊娠・分娩時より、病気の際に、訓練を受けた保健員を利用するが、実際、過去5年間に訓練を受けた保健員から出産前ケアを受けていたのは妊婦の3分の1に過ぎない。しかも、ここでも、都市居住または就学期間が長く、字が読める女性や経済的社会的立場の高い女性に比べ、田舎の居住者、貧困層、非識字女性では5分の1だけが、訓練を受けた保健員による産前検診を受けたにすぎない。また、医師が立ち会う分娩は総数の5分の1で、圧倒的多数の分娩は、なお家庭で行われており、介助もないかあるいは伝統的産婆（Traditional Birth Attendant: TBA）に委ねられている。ここでも女性の教育程度、識字、社会的経済的立場との関係がみられる。

（3）子どもの健康

1993 - 98年の5歳未満児死亡率（Under 5 Mortality Rate: U5MR）は115/1,000出生だが、乳児死亡率（Infant Mortality Rate: IMR）は89/1,000で、子どもの死の大半は1歳未満で発生している。新生児死亡率（Neonatal Mortality Rate: NMR）は36/1,000出生だが、出生1ヵ月以降1歳までの死が多く、60/1,000である。

ポル・ポト時代に異常に高かった子どもの死亡率は低下したが、その後の変化はなく、むしろ、新生児後期（1ヵ月から1歳）の死亡は、1,000出生当たり30から54と増加している。

子どもの死亡率を改善するには、産前検診、適切な介助分娩に加えて、子どもの予防接種、呼吸器感染症や下痢、赤痢などについての母親の知識や手当の仕方を向上させる必要がある。

12-23ヵ月の子どもでは、40%弱が予防接種を完了しているが、三種混合で25%、ポリオでは31%がドロップアウトしている。1歳児に限れば、34%が完全に予防接種を終えているが、三種混合の3回目、ポリオの最終回のドロップアウト率が高い。予防接種完了は、居住場所との関係が大きく、プノンペンでは78%の子どもが接種を完了しているのに対し、辺境の地ではわずかに17%で、差は4倍もある。ビタミンA投与は、予防接種と同様、居住地との関係が強い。また、この調査に先立つ2週間に、急性呼吸器感染症（ARI、咳と呼吸数増加で判定）に罹患した5歳未満児は18%、最も罹患率が高いのは5ヵ月未満児で、4分の1の乳児がARIに罹っていた。

生活背景は、感染率にあまり関与しないが、治療を受ける割合は居住地、社会的経済的状況と関係しており、都市圏では57%が医療施設を受診し、田舎では21%であった。当然だが、貧困家庭では受診率は20%と低く、富裕層は52%と高率である。

また、雨期の初期であり、下痢性疾患の流行期ではなかったが、調査前の2週間に、5歳未満児の16%が水様性下痢に、10%は赤痢に罹っていた。単純下痢では関係は少なかったが、赤痢は居住地、社会的経済的立場によって大きく異なる。首都や医療機関のある地域に比し、田舎の子どもは赤痢に罹りやすく、母親の社会的経済的立場が高いと、貧しい場合よりも赤痢罹患は少な

い。深刻なことは、通常、完全母乳栄養なら起こり得ないのだが、5ヵ月未満児の14.1%が単純下痢に、また、6.3%が致死率の高い赤痢に罹っていることである。全体では、赤痢を含む下痢性疾患で医療施設にくる子どもは30%にも上る。

にもかかわらず、経口補水塩療法（Oral Rehydration Therapy: ORT）利用率は21%で、しかも大半は市販の経口補水塩（Oral Rehydration Salt: ORS）を用いている。カンボジアでは、ORSについて知っているのは、半数弱の女性で、全体として、都市圏でよく知られている。また、その知識は、女性の教育・識字程度と強く関係し、教育を受けていない女性に比べ、有教育女性は倍以上が知識をもっている。下痢をきたした子どもの68%は経口薬を与えられ、12%は注射を受け、4%は静脈内補液を受けている。単純下痢に抗生物質を用いることは不要であり、時には害になるが、赤痢と同じように、錠剤、注射、血管内補液を受けている。

（４）母性保健

過去5年間のデータでは、出産した女性の54.5%は、何の産前検診も受けていない。また、わずかに検診を受けた人も出産直前で、妊娠早期ではない。ここでも、女性の社会的経済的立場、就学年数、識字程度が、産前検診の有無やどのような専門家にかかるかに大きく関係する。

首都圏では、81.3%の妊婦が産前検診を受けているのに対し、田舎では40%以下、しかも、専門性医師、看護師、訓練後助産師に限れば、首都では76.7%に対し、非都市部では25.3%、さらに田舎では21.8%に下がる。また、全体に15.2%と低いのだが、妊婦破傷風予防接種でも同じで、女性の居住地、社会的経済的立場、就学年数、識字程度と関係する。産前検診と破傷風予防接種は、特に女性の社会的経済的立場と密接に関連している。

結論的にいえば、首都圏だけが例外で、全国的には90%の分娩は家庭など、保健施設以外で行われている。すなわち、プノンペンでは70%が施設分娩だが、それ以外では5%だけが施設分娩で、そのギャップは15倍に上る。この状況を改善するために、多数の試みがなされているが、首都圏の施設分娩83%を除けば、全国的にはTBAによる自宅分娩が75%という事態は、あまり、変わっていない。

母乳栄養に関しても問題がある。出生直後の母乳哺乳はなく、1日以内に母乳栄養を始める赤ん坊は半数程度である。免疫グロブリンを多量に含む初乳の恩恵を捨てているだけでなく、ほかの補液を通じて病原体を貰う危険もある。また、早期離乳も多い。栄養学的には母乳だけで十分だが、3ヵ月間を母乳だけで保育される赤ん坊は、たった15.6%にすぎない。にもかかわらず、母乳だけでは栄養上に問題が出る6ヵ月以降に、ほかの補充栄養を受けていない乳児が3分の1もいるだけでなく、1歳でも、離乳食を食べていない子どもも15%いる。つまり、初乳を与えるべき母乳開始時期にも、栄養障害をもたらしかねない離乳時期にも問題があり、これを改善するには、母親に適切な教育を行うことが必要であろう。

最近のカンボジアでは、初産年齢は20歳程度、また、全国的な合計特殊出生率は4.1、都市部で3.3、非都市部では4.3だが、どの年齢層にあっても低下傾向にある。伝統的または近代的避妊法が広がっていることは事実だが、まだ、カップルの21.8%程度にすぎない。しかし、子どもの数が2人以上の母親に限ると25%になる。近代的避妊法は16.1%にすぎないが、1994/95時代に比べ

ると倍増している。しかし、過去5年間に、32%の分娩は、短期間の頻回出産、若年または高齢出産など、ハイリスクの範疇にあり、23%は2つ以上のリスクを抱えていた。改善したとはいえ、まだ、どこで避妊方法を得るかを含め、知識を持っていない者も多い。

1992年来、わが国は無償資金協力、技術協力プロジェクトを通じて、国立母子センターの新築を支援してきた。本プロジェクトは、単なる産科病院ではなく、人材養成センターとしての機能を重んじたこと、診療費の公正化、看護/助産師組織整備を含め病院管理体制を確立したことなど、わが国の技術協力の模範となるものであるが、上記、所見から、今後の地方展開が重要と思われる。

(5) 感染症

感染症では、急性呼吸器感染症、赤痢を含む下痢症、デング出血熱、マラリアとともに、カンボジアでは結核は、なお、重篤な疾患である。患者数は63,000人（539/10万人口、2002）と多く、WHOの結核対策最重点指定国22カ国のひとつでもある。さらに、近年のHIV感染拡大による結核の爆発的増加が懸念されている。わが国は、カンボジア政府の国家結核対策戦略5ヵ年計画

2005年までに患者発見率70%、治癒率85%達成・維持、DOTS⁷¹実施の強化 に対し、無償資金協力を行っている。カンボジアで、なお、結核が蔓延している理由は、途上国全体に共通する、保健医療インフラの不備や、専門家の不足、人々の知識の不足があるが、その背後に存在する長い内戦による人材不足が大きい。

一方エイズは、1991年の最初のHIV感染者報告以来、増加し続けている。

セックス・ワーカー群の高い感染率は、紛争後復興期の発展に伴う感染拡大の原因となっているほか、入院結核患者において30%という高い陽性率が問題となっている。高価な薬剤治療が不可能な事態を考えると、健康教育やコンドーム配布によるHIV予防とともに、古典的なSTDの治療、結核の早期発見と治療も重要なエイズ対策である。

また、カンボジアでは、しばしばデング熱が大流行するほか、マラリア流行は、ほぼ通年であり、フィラリアやリーシュマニアなどの寄生虫疾患も知られている。さらに、コレラ、赤痢、腸チフス、パラチフス、その他の食中毒に加え、B、A、E型肝炎など、消化器系感染症のリスクも高い。また、新生児を含め破傷風も散見されるほか、日本脳炎や狂犬病の報告もある。

また、最近ではSARSや鳥インフルエンザなど、新しい感染症の動向も問題になっている。WHOによれば、2005年初頭、カンボジア初のA/H5亜型鳥インフルエンザのヒト感染例が報告された。同女性は死亡し、その弟も呼吸器症状発症後死亡している。そのほかの家族や密接な接触者には検査陽性者や発症者はいなかった。保健省とWHOは、発生地カンボット省のサーベイランスを強化し、また、当局は、地方村落に感染リスクを伝え、ラジオを通じた予防対策も行った。また、1998年来、マレーシアの養豚業者に広がったニパウイルス類似のウイルスが、カンボジアで、食糧として捕獲されたオオコウモリから検出されたという報告もある。

⁷¹ DOTsは、Directly Observed Treatment, Short-courseの略、直接服薬確認治療。中途半端な治療による耐性菌発生を防ぎ、治療効果を確実にするため、入院中でも医療者が服薬を確認する。

以上、post-conflictを経過しつつある当該国で、相当広域に行われた健康調査においてメンタル・ヘルスは含まれていない。つまり、なお、この分野は優先度が高いとは認識されていないのである。あるいは、もっと深刻な問題は、そもそも、この分野の重要性すらが認識されていないといえる。しかし、もうひとつの問題は、都市部と農村部あるいは貧困層との格差が紛争そのものによって生じたものとするというよりは、本来の低開発あるいは紛争後復興に伴って生じたものではないかという点にある。都市部の発展から置き去りにされる農村部にメンタル・ヘルス問題が多いことは、後述する。

6 - 4 カンボジア復興過程

カンボジアの内戦からの復興過程（post-conflict rehabilitation）の10年をたどる。

2002年のカンボジアの指標は、経済指標に関して、世銀は2002年時のGNIを280米ドル／人とし、UNICEFは2000年時GNIを260米ドルとしている。

保健指数では、平均余命は54.0歳（世銀、2002）から56.0歳（UNICEF、2000）、IMRは97/1,000出生（世銀、2001）または96/1,000出生（UNICEF、2000）、U5MRは137（UNICEF、2000）、合計特殊出生率は5.1（UNICEF、2000）、妊産婦死亡率（Maternal Morality Rate: MMR、1995～99、UNICEF）は440/10万出生である。改善された水源を継続して利用できる人口は全国平均30%、成人識字率は70%（世銀、2002）である。

これらの数字を過去と比較する。平均余命は43歳（1970）から10年以上延び、IMRとU5MRはそれぞれ146および217から著しく改善している。これらの数字を見ると、保健状態が向上したことは事実であるが、都市人口は20%前後のままの一方、全国平均30%の安全な水源利用人口は、都市部54%に対し農村部は26%、また、成人識字率は、男性79%に対し女性は56%（UNICEF、2000）と、国内格差が広がったことが推測される。

このように、一見、国全体として見れば順調な復興過程にあるとみなされているカンボジアにあって、国民の大多数が居住する農村部の実態は正確に把握されているとはいえない。実際、首都圏から、ほんの数十km、1、2時間も車を走らせると、都市部の繁栄とは相容れない、電気はおろかトイレや近傍に安全な水源のない、昔ながらの貧しく低開発なままの村落を多数目にする。長い内戦と不備な灌漑工事による荒廃に加えて、度重なる洪水、また、地域によっては旱魃や水不足が発生し、人々は貧困状態から抜け出せていない。また、都市部辺縁のスラム地区にも、開発の流れから取り残された人々が存在する。

その状態は、内戦以前も内戦時代も、あまり変化していないが、復興後の都市部が急激に繁栄しているために、貧富の差の拡大が強調されてみえる。

一方、都市部は繁栄しているとはいえないものの、真のカンボジアの復興とはいえない事態もある。ポル・ポト時代の終焉後、地方に追いやられた住民は、無秩序に流れ込み、規制のないまま空き家を占拠したとされるが、過去については、互いに深く触れたくない、また、触れてはいけない雰囲気もあり、真の地域社会の復活には至っていない。

また、国連主導の国家復興から10年以上を経過した首都プノンペンの大型ビジネスは、ほぼ、

中国華僑、ベトナム、マレーシア主導であり、そのこと自体を否定する必要はないが、真のカンボジア復興というにはほど遠い事態にあるともいえる。

6 - 5 カンボジアのメンタル・ヘルス

6 - 5 - 1 精神医療の現状

2004年12月に行った現地調査で得たカンボジア精神疾患の頻度は以下のようである。

不安神経症 (Anxiety disorder)	36.4%
抑うつ (Major depression)	24.9%
統合失調症 (Schizophrenia)	15.0%
急性精神興奮 (Acute Excitement)	5.8%
てんかん (Epilepsy)	3.1%
心因反応 (Reaction、Severe Stress、Adjustment disorders)	2.3%
依存症 (Substance and alcohol abuse)	2.3%
躁うつ病 (Bipolar affective disorders)	2.1%
器質性精神病 (Organic neurological disorder)	1.9%
躁病 (Mania)	1.3%
心身症 (Psychosomatic disease)	0.8%
その他 (Others)	4.1%

また、年齢区分は以下のようである。

18歳以下	2.4%	
18～40歳	52.8%	93.8%
41～65歳	41.0%	
65歳以上	3.8%	

これらの数字がどの程度の信憑性をもつか、また、診断技術がどうかはコメントできないが、先進国の頻度との齟齬はないと思われる。

受診者の性別は、圧倒的に女性が多い。女性に受診者が多い理由として、カンボジアは、文化的に、男性は社会的強者であらねばならない風潮が大きいこと、また、男として弱みを示したくないために受診率が低くなること、さらに、男性は家の外で活動する機会が多く、ストレス発散の場もあることが挙げられる。一方、ほとんど家から出る機会のないためにストレスが内攻しがちな女性は、いわば社会的受診によって、それを発散させる機会としている傾向があると考えられている。

カンボジアの精神病院の最初は、1960年以前（正確な年次は不明）タカマウ（Takhmau）に

建設された国立の総合病院で、成人のみを対象とする診療が始まったとされている。最初は外来のみ、次いで入院患者を受け入れるようになったが、当初の疾病構造は不明である。

当時は、フランスで研修を受けたカンボジア人精神科医 2 人が中心だったが、1975年、クメール・ルージュの侵攻とともに、患者数が激増した。しかし、入院患者のほとんどは、身寄りのない人、ホームレスなどで、時には犯罪者もいたが、真の精神疾患の割合は不明である。なお、この病院は、ポル・ポト時代に閉鎖され、以後、カンボジアのメンタル・ヘルス・サービスは皆無となった。

当施設は、内戦状態が終わり、復興が始まった1991年、The Center for Child Mental Health (CCMH) としての機能を再開し、以後、外国NGOの支援指導を受けて、子どもの精神保健、特に異常行動や神経症的問題をもつ子ども、および発達遅滞児を取り扱うようになっている。

なお、カンボジアには、現在も精神科専門病院はない。プノンペンでは、総合病院のひとつが入院施設となっているが、病室は2、ベッド数は8で急性期治療用病棟として機能しており、通常、入院は2週間程度である。

2004年現在、カンボジアの全医療施設⁷²は939、精神科外来を有するのは全国25州の州立病院中22のほか、リファレル病院68中の12である。また、私立16施設にも外来があるというが、問題はサービスの内容である。途上国の常として、医師は、政府病院など公的機関では収入が少ないため、短時間の公的勤務時間以外は自分のクリニックで診療を行うため、公的施設でのメンタル・ヘルス・サービス可能時間は限られていること、また、小児を専門とするメンタル・ヘルス・サービスは、まだ存在していないこと、さらに、2004年12月現在、精神科専門医はわずかに20人で、人口1300万人からすると、1精神科医当たりの人口は65万人という膨大な数の上、ほぼ全員がプノンペン周辺に集中しているため、首都圏以外にはメンタル・ヘルス・サービスはないといわざるを得ないことである。

6 - 5 - 2 ポル・ポト時代のメンタル・ヘルスへの影響

最近のカンボジア政府の調査によれば、180万人とされているが、ポル・ポト時代に生命を失ったカンボジア国民の正確な死亡数は不明⁷³である。当時の人口を約800万人とすると、国民の3人に1人が、国籍を同じくする同一民族によって殺害されたことになる。

ポル・ポト時代と呼ばれる1975年から1979年の4年間は、専門的精神科医療の暗黒時代でもあったが、問題は、虐殺の大きさのみではない。元来は穏やかで非闘争的とされるクメールの人々の一方が、なぜ、あのような残忍性を発揮し、他の一方はひたすら殺され続けたのかであり、その双方にどのようなこころの傷が残っているかであろう。

よく知られているように、ポル・ポト時代には、従来の生活習慣、国のインフラ、社会機構、文化、教育、宗教など、あらゆる国の社会活動が組織的に破壊された。クメール・ルージュは、

⁷² 基本的に病院は公立だが、NGO支援で有料病室を持つ施設や、民間医療施設も認可されている。

⁷³ ベトナムが支援するヘン・サムリン政権は300万死亡、ジェノサイド研究で有名なイエール大学虐殺プロジェクトは170万と推定、アムネスティ・インターナショナルは140万、米国国務省は120万という数字を出している。当事者であるポル・ポトは100万以下とした。

「恩恵を農村労働者に与えるべき」との考えから、初期には、旧政権の高級官僚やその家族、都市の居住者、資本家、学者や高等技術を持つ知識人など頭脳階級の全財産と身分を剥奪し、農村部に強制移住させた。さらに、最初は農業や灌漑工事に従事させたこれらの知識階級を、結局は反乱危険分子として皆殺しにした。次第に、少しでも反抗する農民や危険性を持つとみなされた人物とその家族も虐殺の対象となった。一時的に革命が成功したと信じて帰国した留学生や資本家が、最後には、ポル・ポト政権の官僚や専門家も含み、結局、すべての住民が殺戮の対象となった。

クメール・ルージュが行った知識層への徹底した殺戮や迫害は、自分が犠牲になるという受動的な死の恐怖とともに、誰かを密告したり殺したりしなければ、つまり加害者にならねば自分が殺されるという能動的な死への恐怖をもたらし続けていたであろう。このような複雑な心理状態を押し付けられた人々が、どのようにそれを克服してきたのか⁷⁴は、まだ、十分解明されてはいない。

カンボジアでは、こうして、あらゆる社会制度が破壊され、例えば、財政システムでは、すべての金融機関が閉鎖され、通貨や市場は廃止された。私有物のすべては奪われ、教育に関しても、すべての学校が閉鎖され、子どもたちは家族から隔離され、強制労働のための作業集団に配属された。小学校低学年程度の子どものも農場やダム建設のための過酷な労働を強いられた。教育を受ける機会をなくした子どもたちは、字が読めないまま、また、何ら知識がないまま、命令により医療を施したり、人体実験に加担し、スパイにも使われ、「親の行動を密告すれば、食べ物を与える」といわれた子どもたちが、自分の生存のために、ポル・ポト革命への不満をもらした周囲の大人たちをオンカー組織に通報したりした。

人権も信仰の自由も奪われた人たちは、周囲への疑心暗鬼や漠然とした不安を抱き、無気力感を強めていったであろう。当時、100万に近い人口を有していたプノンペンが無人の廃墟と化しただけでなく、人々は社会的存在としての人間ではあり得ず、人が存在していても地域社会の構成はない状態であった。

実際に、ポル・ポトが権力を握っていた期間は、わずかに数年にすぎない。しかし、この間にカンボジアの人々が被った被害は、殺害、拷問、過重労働、病気や飢餓による死亡だけではない。現在に続くメンタル・ヘルス面の障害は計り知れない。また、ポル・ポトが失脚した後も、農村部を中心にクメール・ルージュの抵抗が続いただけでなく、1991年のパリ和平協定調印後にも、なお抵抗を続け、復興支援に参加した日本人国連ボランティア（UNV）などに犠牲者が出ている。

ポル・ポト時代に生じた死亡は、必ずしも、すべてが虐殺によるわけではない。過酷な生活条件下に、高齢者や病人、乳幼児が栄養障害や医療サービスの受けられないまま生命を失っており、ほぼすべてといってもいいほどの家族が犠牲者を出している。つまり、ポル・ポト時代の粛清は、直接的殺戮だけでなく、また、個々の人々、家族、地域社会に深刻な被害をもたらしたただけでな

⁷⁴ 1990年初頭、日本のODA調査などで交流した政府高官が、突然、涙ぐんだり、取り乱したりしたことがあった。厳しい過去があったとは語ったが、詳細は話せないといった。最近、かつてのリセ（高校）であったトゥール・スレン・ジェノサイド・ミュージアムに、同一人物のポル・ポト時代と近影にコメントが展示されるようになっている。

く、この国の復興にも大きな影響をもたらしている。短時間に、強制的に居住地を離れ、未知の地に移動させられ、武器の監視下に、未知の人々と共同生活に入ることは、居住地が変わったというだけではない極限のストレスを押し付けられたことになる。また、強制移動に加えて、大量殺戮が日常茶飯事的に行われ、市街地のはずれにはキリング・フィールドが残ったことは、古来の伝統的村落社会が寸断されただけでなく、例え生き延びた元の住人が村にもどっても、かつてのコミュニティが再現されることにはならない状況を作っている。また、クメール・ルージュによる死刑執行によって愛する者を失い、強制的に隔離された子どもの消息を追えない人も多く、紛争後の家族構成も大きく変わってしまった。

コミュニティ・メンタル・ヘルス活動を主体とするカンボジアのNGO、TPO (Transcultural Psychosocial Organization)-カンボジア (後述) 代表のChhim Sotheara医師は、ポル・ポト政権後のカンボジアの人々には、個人、家族そして社会という3つの異なるレベルの苦しみがあると説明している。

個人レベルの苦しみとは、自尊心が非常に低く、雇用に対する不満などから、すべての人々が情緒的な問題を抱えていることで、このような状態を背景に、軽度のうつ病、不安、そして重い精神障害が出てきているとする。

家族レベルでは、ほとんどの人は、ポル・ポト時代に、1人または2人以上の家族を失ったという心理的喪失体験をしていること、および家族構造が変わったことである。実際、養子をもつ家族も多いが、最近でも離婚や別離が絶えないのは、ポル・ポト政権時代、都市部居住者と農村部住民が強制的に結婚させられた結果であるという。

社会レベルでは、国民のほとんどが集団としてのトラウマを経験していることはいうまでもない。人口の正常な構造が破壊され、犯罪や暴力の日常化、社会的・文化的解体がみられた。その後遺症がどのように吸収されていくか、それがカンボジアの真の復興であろう。

クメール・ルージュによって、人々は自分の信念を持つことを許されず、他人への信頼感も打ち崩された。慣れ親しんだ集団への帰属意識の代わりに、クメール・ルージュ、実体不明のオンカーへの服従姿勢を持つよう強制されたという。今日、国の生産人口の多くが精神的問題を抱えているという現実には、なお、カンボジアが貧困問題を解決し得ないこととともに、その背景には、かつての社会構造の解体が存在すると思われる。

クメール・ルージュに加担した人々は、今も自分の気持ちや当時について語ろうとはしない。また、語っても、実際に起こったままではないようにも聞こえる⁷⁵。

クメール・ルージュが行った「人を非難すること」、同時に「他人を信用しないこと」、という徹底的教育の効果との指摘もあるが、元来、カンボジアの男性は人前で弱音を吐かない、本音を語らないという価値観があったとする人もいる。若年時に刷り込まれた考え方が、特に過酷な過去を語ることへのバリアになっているともいえる。これらの表現できない、あるいは表現されない葛藤や不安が、現在、精神的問題としてではなく、身体的問題として表現され、行動障害をも

⁷⁵ 相当数の壮年層男性に接したが、若年時、クメール・ルージュであったとか、ポル・ポト派であったと告げる人は数人、殺戮行為に関与したとする人はいない。また、夫がそうであったかもしれないとする女性もいない。

たらしめているともいえる。

個人レベルでの暴力やアルコール依存の問題も深刻である。現在、生産年齢層の人々の多くが、人格統合の最も重要な時期である思春期に大量虐殺に遭遇したか、加担したか、「卑劣な方法」でそれから逃れたか、いずれにせよ、触れたくない過去をもっており、ある種の精神的脆弱性を秘めたまま生活していることに起因するのではないかと考えられる。また、社会的経済的立場や地位が、アルコール依存症に影響すると特定できるモデルもある。

Adult Children of Alcoholics (ACOA)⁷⁶と呼ばれるアルコール依存症の親をもつ子どもたちや被虐待体験をもつ子どもが次世代に精神病理を残す傾向が明らかになってきているが、トラウマと嗜癖の関係も根深い。カンボジアでも、将来展望を含めた対策の必要性があるといえる。

いずれにせよ、このような広範なメンタル・ヘルス問題は、個人レベルだけではなく、集団や組織に影響をする社会問題や社会制度、およびそのほかの状況、場面にも焦点を当てるコミュニティ・メンタル・ヘルスの視点での対応が必要なことを強く示唆する。

現在、ひとまず、国は安定し、復興が進んでいることもあって、人々はかつての家族の崩壊や喪失の悲しみを乗り越えて力強く生きようとしている。疑心暗鬼を互いに取り除こうと努力しているようにもみえる。しかし、クメール・ルージュであった人々が地域社会にいても否定できないまま、人々は、あえてその問題に触れようとはしない⁷⁷。

国として、司法の手に委ねた審判⁷⁸がまもなく始まる。長い国内紛争が終わり、国家再興が始まって10年、やっと立ち直れた人々の中には、判断力もないまま、波尔・ポトあるいはクメール・ルージュ上層部の指示に従い、知らぬ間に集団殺戮に加担させられた人もいる。裁判が、そのような人々にどんな心理的影響を与えるか、それも懸念される。

波尔・ポト時代と呼ばれた1975年から1979年の3年8ヵ月は、それほど長い年月ではない。しかし、この期間は、単にメンタル・ヘルス・サービス面の暗黒時代であっただけではない。物理的インフラや経済面の復興は着実に進んでいるようにみえるカンボジアだが、人々のこころの傷を癒す真の再生には、まだ、時間がかかるようにみえる。

⁷⁶ 本来は、アルコール中毒の親に育てられた子どもをAdult Children of Alcoholicsといった。暴力、虐待、緊張、不安また厳格すぎるなど、子どもが子どもらしく存在できず、家族としての機能不全を起こしている環境下に育った子どもは、自己が確立されていない（アイデンティティがあいまい）、自己評価が低い、対話が下手、対人関係が苦手など共通の問題があり、大人になってからも、不信感が強く、生きづらいと思っている人が多いとされる。

⁷⁷ 脚注75参照。紛争地では、自分の行為ではなく、他人の殺戮や暴力行為を見ていた風に三人称の語りもあるとされるが、カンボジアでは経験していない。

⁷⁸ ポル・ポト派裁判は、カンボジア政府も最初は国際裁判を意図し、国連に協力を求めた。しかし政情不穏やあまりにも多数者が関与していた事情もあり、国内融和を優先させるため、外国の介入を避けたい意向を示し、国際社会と対立してきた。最近、いわゆる国際裁判所ではなく、カンボジア国内の特別法廷で、カンボジア人裁判官を主体とし、国際裁判官も参加する混合裁判所とする合意がなされた。

6 - 5 - 3 復興期のメンタル・ヘルス・サービス

比較的早くから、復興期のカンボジアのメンタル・ヘルス・サービスにかかわった組織に Social Services of Cambodia (SSC) がある。

SSCは、本来はクメール人仏教徒社会のソーシャル・ワークを行っていたもので、メンタル・ヘルスの専門機関ではないが、1992年、コンボン・スプーで、紛争後復興における支援活動を始めた。もともとは僧侶や政府職員にソーシャル・ワークの方法を教育訓練していたが、現在では、メンタル・ヘルスやカウンセリングなどの訓練まで範囲を広げている。最近では、専門家だけではなく、地域の住民を取り込み、コミュニティ開発計画の一部として、多数の村落で、セルフ・ヘルプグループを形成している。

中央レベルの活動では、1992年3月、保健省がメンタル・ヘルス・サービスの国家計画と戦略を策定するための Mental Health Sub-committee を設置した。その提言に基づき、1994年には、国際移住機関 (The International Organization for Migration: IOM)⁷⁹、オスロ大学、保健省の3者が協力して、専門医および専門看護師の養成を開始した。

ノルウェー人精神科医とノルウェーを含む外国人精神科専門看護師による、カンボジア人医師と看護師の訓練は、その後、1998年まで続いた。現地での研修プログラム2クールを修了した者の中から数人が留学し、さらに専門的研修を終えた。現在のカンボジアのメンタル・ヘルス指導層は、この時期に訓練を受けた精神科医と精神科専門看護師である。

医師と看護師養成の開始に伴い、外来精神科クリニックが開設された。最初は、プノンベンのシアヌーク病院であった。現在では、1日100人以上の患者が来院するカンボジア最大のメンタル・ヘルス・クリニックとなっている。本クリニックでは、数年前から、精神科専門医および精神科専門看護師を目指す教育も行われている。

TPO (The Transcultural Psychosocial Organization)⁸⁰ は、1993年にオランダで生まれた、メンタル・ヘルスに重点を置くNPOで、カンボジアでは1995年に活動を開始した。1998年にはTPO-カンボジア⁸¹が設立され、2000年にはすべてプログラムが現地サイドに引き継がれている。

TPO-カンボジアの代表者Sotheara医師によれば、長年の国内紛争が、全国土のあらゆる地域社会に集団的トラウマをきたした結果、現在も社会心理的またメンタル・ヘルス上、多様な問題があると指摘している。

⁷⁹ 1948年、ヨーロッパ内の避難民援助のために設立されたIRO (International Refugee Organization) 解消の際、UNHCR (難民庇護と援助) と欧州移住政府間委員会 (ICEM) (難民の第三国定住、特に南米移住を支援) が設置された。IOMは後者を引き継ぎ、1980年に発足した非国連機関。本来、ヨーロッパ難民の南米移住を主務としたが、インドシナ難民の第三国定住支援などを経て、多様な活動を行っている。

⁸⁰ オランダ・アムステルダム大学のVrije大学の精神科スタッフによるNPO、財政支援は主にオランダ外務省開発資金による。戦争、紛争による避難民や人権侵害を受けた人々のトラウマ対策を目的とするが、主に政府やほかの援助機関の要請により、技術指導と訓練資材を提供する。時に研修コース設立のための専門家派遣も行い、現在、アルジェリア、ボスニア、カンボジア、コンゴ共和国、エチオピア、ガザ、インド (チベット難民)、ナミビア、ネパール、スリランカ、ウガンダで活動支援。

⁸¹ 現在、Pursat, Battambang, Banteay Meanchey, Phnom Penh and Kompong Thomで活動中。主な支援者はJICA (Japan International Cooperation Agency)、ICCO (Interchurch Organization for Development Co-operation)、DCA (DanChurchAid)。

TPOによれば、カンボジアの40%の人々は、何らかのストレス関連精神障害を抱えており、11.5%は明らかにうつ（depression）、さらに27%がPTSDを持っており、これらの人々はすべてさまざまな行動障害をきたしているとする。そして、人々が家庭や地域内の暴力行為を排し、人権を高揚し、貧困削減のためにも、国や地域の復興開発に参画するにはその地域社会と人々のメンタル・ヘルスを再構築する必要があると指摘する。

TPOは、最初から地域集団を対象とするメンタル・ヘルス・サービスを意図しており、カンボジア固有の文化、いわば精神（spirit）を取り戻すことが真の癒しになるという目標を掲げ、Community-based Approachの手法を用いている。古来の文化や伝統を尊重しつつ、適切な西洋の考えを取り入れ、カンボジア人自らがプログラムを作成することが重要だとし、農村部では、村のリーダーらに基礎的なメンタル・ヘルスの概念を教え、その地の人々が、自分たちの問題を自ら解決できる能力をつけられるように、13日間のトレーニングを行い、現在までに800人弱が研修を受けている。

最初、人々は、「自分たちは気がふれているのではない!!」とTPOとの接触を受け入れなかった。しかし、クメール語の絵入りポスターによる解説により、失業、家庭内暴力や不和、アルコール多飲や博打も生活苦や貧困による身体的症状であり、メンタル・ヘルス問題だと人々は理解するようになったという。多様なポスターを作製し、繰り返し、地域住民に接触することを通じ、住民自らの気づきを促進し、現在では、貧困問題、家庭内不和、農業という3分野の自助活動のための話し合いグループが形成されている。これらの住民レベルの話し合いでは解決しない場合、TPOで研修を受けた者がカウンセリングを行い、それでも解決しない場合は、医療施設を受診する支援を行っている。

米国ハーバード大学トラウマプログラム（Harvard Program in Refugee Trauma: HPRT）⁸²も、1996～2000年にわたって、Siem Reapでトレーニングプログラムを行った。精神科医とメディカル・アシスタントに再教育を行い、1週間の実地訓練を含む1ヵ月の強化訓練で、1年間に102人の医師が研修した。しかし、このプログラムは国や州の保健局との協力で行われたものではなく、カリキュラムそのものも保健省の認可を受けていなかったため、同プログラムで研修を受けた医師の多くは、現在、メンタル・ヘルス領域では働いておらず、また、訓練修了後のフォローもなされていない。

タイ国境近くの難民キャンプでメンタル・ヘルス・ケアを提供したNGOはほかにもあったし、不安や抑うつを伴う問題や激しいトラウマを経験した人へのケアを提供するNGOも多数存在するが、いずれも、メンタル・ヘルス・サービスを名乗ってはいない。

保健省は、1996年来、人口1万人に対し1メンタル・ヘルス・サービス・センターを置く計画に基づき、各地に診療所を設置し始めている。しかし、まだ、これらの診療所には、専門医が常

⁸² Harvard Program in Refugee Trauma（HPRT）は、当時、米国医学にはなかった人権侵害や難民への保健医療支援のために1981年に設立された。1970年代のイエール大学医学部学長F. Relichの「医師がなしうる最大のことは、公的政策に（医）科学を活用すること（greatest thing a doctor can do in his lifetime is to use science to influence public policy）」に影響を受けた人々を中心に、過酷な暴力を受けた人々は、physicalにもpsychologicalにもspiritualにも癒す必要があるとして、カンボジア、ボスニア、阪神淡路大震災、9.11後などで活動している。

在しておらず、看護師と助産師のみで、PHCの範疇にあるサービスのみを行っている。また、農村部では、今なお住民は伝統的治療を選ぶことも多い。

また、プノンペン大学医学部に当たるUniversity of Health Sciencesの精神科主任Kasunbaunat教授によると、現在も多数存在する伝統的民間治療では、治療者が多額の治療費を請求したり、危険な薬を使用したりすることがあり、人々はあまり信用しなくなっているそうだが、農村部では、現在でも、伝統的村組織があって霊媒師があらゆる相談に乗っているという現実もある。病気につきも、最初に相談に応じるのはクルー・クメールと呼ばれる薬草治療を施す伝統的治療士が多い。また、お寺の僧侶で専門的診療の訓練を受けた人もいる。メンタル・ヘルスに関するNGO活動では、リラクゼーションの一方法として、お坊さんにお経を読んでもらう、清水をかけてもらう、祈禱師に祈禱してもらうなどのテクニックを利用しているケースもある。

伝統的社会においては、特にメンタル・ヘルスにおける宗教や信仰の役割は無視できない。カンボジアでは、95%が仏教徒であるが、宗教における「情けをかける」といった教えが、精神障害者に対する偏見をなくすることができるのではないかとの意見もある。

また、宗教⁸³が、教育、健康、社会に大きく影響していることも事実で、例えば、ある人が死ぬと、親戚、知人ら多数者が集まり葬儀が執り行われ、それが新たなコミュニティを形成する可能性もある。また、僧侶に対する人々の尊敬の念はいまだに強いために、キー・パーソンとしての役割が期待されている。

また、専門分野にかかわらず、住民の信頼を得た医師ができることは大きい。“.....greatest thing a doctor can do in his lifetime is to use science to influence public policy.”という言葉があるように、強い信頼関係が確立していない地域社会にあっては、医師の仲介によって新たな絆が生まれることもある。

6 - 5 - 4 カンボジア女性の健康とメンタル・ヘルス 文部科学省科学研究費による2002年調査から)

本調査は、メンタル・ヘルスを対象としたものではないが、ほとんどの人が、身体的障害とともに、何らかのメンタル問題を訴えたが、紛争後、貧困とメンタル・ヘルスの関係が読み取れるため、ここに引用する。

(1) 個人へのインタビュー

年齢35～74歳、平均52.7歳の女性19人にインタビューした。

1人を除き、全員家庭の主婦であったが、自分が中心になっての農業に従事する者10人、縫製業2人、食品販売2人で、仕事を持たず家事のみはわずか2人であった。平均家族数は7人、一家の現金収入は月3.75米ドル(約400円)から300米ドル(約32,000円)まで開きがあった。1人のセックス・ワーカーは野外生活者で、収入も不定であった。

調査場所は、都市部はプノンペン、農村部はプノンペン隣接州プレイベン州キエスヴァイ郡で

⁸³ 駒井洋『新生カンボジア』によれば、3,369寺院があり、6万5千の僧侶を擁したカンボジアの仏教界は、原始共産化を目指した波尔・ポト時代にすべて崩壊し、1979年の生存僧侶3,000人という。最近では、托鉢僧の数が増えている。

ある。都市部でも医療施設受診者の家族を対象としたこともあって農村部居住者が多く、都市部居住者は少なかった。

紛争中（1970～90年）と紛争後（1990年以降）における生活状況を尋ねたところ、大きな影響を受けなかったと答えた者は1人のみ、また、年齢的に、ポル・ポト時代を覚えていないと答えた者1人と、父親を亡くしたが当時の生活状態についてはあまり記憶がないと答えた者1人を除き、ほかの16人すべてが、過酷な体験をしたと訴えた。

重複回答を含むが、本来の居住地から、地方に強制移動させられた者は11人、農業や用水路掘りなどの過酷な重労働に従事された者は7人、また、長期間、薄い粥しか食べられなかったとする者14人、自由な会話は許されなかったとする者は2人であった。1人以上の家族を亡くした人が9人いるほか、自分自身が、実際に穴に突き落とされて殺されそうになったなど、別離の記憶だけでなく生命の恐怖に襲われた記憶を持つ人もいた。

ポル・ポト時代が終わった後の1980年代になって生活が改善したとする人は、わずかに3人のみで、ほとんどは引き続き、生活苦にあえいでいたと答えた。この間も、家族、特に夫が紛争に関与している者もいたようだが、詳細に関しては不明もしくは話したがらない。

2002年現在の生活状況では、15人が改善したと答えた。しかし、夫の女性問題による離婚、娘婿の女性問題による家庭不和など、別の生活不安の訴えがあった。

年齢的に、紛争時の記憶が乏しい30代の2人は、生活は前と変わらず、むしろ、悪化したと答えたが、生活は改善したとする9人も、借金がある、仕事がない、学費が出せないなど、経済的問題を訴えた。

健康問題や保健医療サービスに関する意見では、現在の健康問題は、胃痛、腰痛、頭痛、めまい、動悸、高血圧、白内障、交通事故による外傷などが挙げられた。経済的不安の強い人は、健康問題に関する訴えも強い傾向が観察された。夫から暴力を受けていると訴えた女性は2人いた。妊娠出産についての質問では、出産回数は0回から12回と開きがあり、5回以上の出産は11人、人工妊娠中絶を繰り返した人1人、流産・死産を経験した人3人、双胎出産は2人、妊娠出産時の合併症は3人、子どもを乳幼児期に亡くした人は5人など、周産期のケアや家族計画サービスが立ち遅れていることが示唆された。

紛争が健康に影響したと考えている人は13人と多く、理由としては、食糧不足による栄養不良、重労働、戦闘による避難、避難中に宿も病院もなく路上で出産したこともあること、爆弾などの化学物質で水や農作物が汚染されたこと、医療施設がなく医師もいないことなどが挙げられた。紛争以外に健康を害する原因として、水や食品の衛生状態が悪いこと、貧しいこと、よい薬がないことなどが挙げられた。健康を害した結果として起こることとしては、働けない上に医療費がかかりますますます貧しくなることなどが挙げられた。

保健医療サービスについては、ほとんどが、1990年代になると公立のヘルスセンターや病院ができて受診しやすくなったと回答した。しかし、症状の軽い時は、伝統的な薬草やコインでのマッサージなど民間療法を利用したり、薬を買ったりしていると答えた人が多かった。病院の医療サービスについては、おおむね満足していた。

(2) 地域住民女性フォーカス・グループ・ディスカッション (Focus Group Discussion: FGD)

農村部住民女性、都市貧困地区住民女性およびヘルスボランティア女性の、3グループによるFGDを実施した。

紛争時の生活状況について尋ねると、いずれのグループの女性もポル・ポト政権時代には、食糧が乏しい中で重労働に従事したことを語った。食事は薄い粥だけで長時間労働した、無月経となった、それ以来ずっと腰や肩が痛むようになったなどの話があった。都市貧困地区の比較的若年の女性からは、両親・同胞が殺されて孤児になった、子どもの集団に入れられて労働させられたなどの話があった。地雷原の中をベトナムまで逃げたが、かろうじてたどり着いた3日後に、一緒に逃げた母親が死んでしまったという女性もいた。

1980年代になって、ポル・ポト政権時代の強制労働からは解放され、食糧事情はよくなった。しかし、まだ内戦が続いており、兵士として夫が戦場に行ってしまったという何人かの女性たちは、生活は依然として苦しかったと語った。また、都市貧困地区では、窃盗や強姦なども多く、治安が悪かったという話が多数⁸⁴なされた。

1990年代になり、政府や外国機関からの支援が行われるようになって、生活はよくなり、治安も次第に改善したという。現在、極めて貧しい生活をしていると思われる女性でさえ、生活は内戦中よりよくなったと語ったが、かろうじて生活していける程度の収入しかない女性が多く、自分や家族の病気などで臨時の出費に際しては、親類に借金し、お金のある時に返すという。

農村地区の、土地を所有せず、農作業の手伝いで小銭を稼ぐ程度のその日暮らしの一家の女性は、現在も生活が苦しいと訴えた。都市貧困地区では、夫を交通事故で亡くした、夫を別の女性に取られたと、泣きながら語った女性が複数いた。夫や義父に暴力を振るわれたという女性もいた。

健康問題とその原因、さらにどう対処しているかについて尋ねたところ、問題としては、頭痛、腰痛、胃痛、高血圧、帯下や不正出血などが訴えとしてあった。また、メンタルには、貧困や家族の病気、子どもが多く通学させられないなど、心配事が多く、不眠になったり頭痛があったりするという訴えがあった。

都市貧困地区では、病気になった時は薬局で薬を買うという女性が多かった。貧しいために、ヘルスセンターを利用せざるを得ないが、サービスは不十分と感じていた。農村地区では、ヘルスセンターを受診してよくなったという女性もいたが、多くの場合は、症状の軽い時はヘルスセンターを受診し、症状の重い時はプノンペンの病院に行くか民間のクリニックを受診するとのことで、郡病院には行かないようだった。理由は、ヘルスセンターや郡病院ではあまり効かない薬をくれるだけだが、プノンペンの病院や民間クリニックなら注射や点滴をしてもらえる、ということであった。

健康問題が起こる原因として、貧困とそれによる食糧不足、衛生状態が悪く飲料水に問題があること、厳しい労働、野菜の化学物質（農薬のことか不明）汚染などが挙げられた。紛争が健康被害をもたらすことについては、常に逃げなければならない、家族が離散する、農業ができず食糧不足になる、爆弾や銃弾によって水や大気が汚染されるなどが挙げられた。健康問題の結果と

⁸⁴ ここでも、常に被害者であり、加害者であった経験は語られない。

して、働けなくなり医療費もかかるため、ますます貧しくなることが指摘された。

農村地区では、土地を持たない労働者は生活の苦しさを訴えたものの、概して貧しいながらも家庭が安定しており、農家であれば食糧に不自由していない様子であった。ヘルスセンターも比較的機能しており、民間クリニックもあって、それなりに保健医療サービスも機能しているが、プノンペンに近いこともあり、郡病院が十分機能していないようであった。

都市貧困者居住地区には、別の地域から移住した人々が集まっていて、住居環境も農村地区の貧困者より悪かった。多くはバイクタクシーや荷物運搬など肉体労働によるその日暮らしで、交通事故に遭うことも多く、生活は農村地区より不安定であった。夫と離別したり家庭内暴力に遭っていたりするなど、貧困と生活の不安定を反映して、不安定な家庭環境にある女性が目立った。環境衛生に関する意識は農村地区の女性より高く、トイレがないことを問題として認識していた。

農村地区・都市貧困地区とも、夫と死別・離別した女性や、著しい貧困・家庭内暴力などにより生活が極めて不安定な女性たちは、過去の体験を話している時にも泣き出してしまうなど、感情が激しやすい傾向にあった。他方、夫がいてとりあえず食べていけ、現在の生活が比較的安定している女性たちは、過去の体験についても、比較的冷静に客観的に語ってくれた。

(3) 女性の健康に関する保健医療従事者の意識

面接した医師・準医師⁸⁵・助産師9人の年齢は26歳から55歳で、ポル・ポト政権時代には専門職であることを隠して強制労働に従事した者もいた。また、夫や妻を殺されたり両親や家族と別離したり、殺されたため孤児となった者、医師だった夫が精神異常を起こした者など、過酷な状況にあったこと⁸⁶が話された。

34歳の男性ヘルスワーカーは、ポル・ポト時代末期に少年兵にされたが、実際には人を殺さずにすんだと語った⁸⁷。1980年代になると、準医師・助産師・看護師の教育を受けた者、ベトナムで助産師教育を受けた人もいる一方、兵士として戦闘に従事させられたり、家族が森林伐採のため辺境地に送られてマラリアで亡くなったと語った人もいた。

現在、居住している地域で重要な健康問題では、呼吸器感染症、デング熱、下痢症、栄養不良、心臓病、結核、エイズさらに環境衛生問題が挙げられた。女性の健康問題では、子宮など生殖系の炎症、流産、性感染症、子宮脱が挙げられた。

保健医療専門家として働き出した後の研修としては、UNICEFやWHOなどの国連機関やNGOなど各援助機関が主催する下痢症対策、呼吸器感染症対策、家族計画などの各種研修コースを受講する機会を持っている。準医師1人は助産師から準医師になっており、医師3人は看護師・準医師から、勉学を続けて医師になったという。このことは、医師・看護師といった医療専門職の職務内容や資格制度があいまいであったことを示している一方、紛争後復興期のやむを得ない対

⁸⁵ 1975年当時（ポル・ポト時代前、人口800万程度）の医師数487人が、1980年ごろ（ポル・ポト時代後）には43人にまで激減。その後、1980年に医師と医療技術者の養成が再開されたが、特に医師数不足を補うために、一定の経験ある看護職を短期訓練して準医師としたなど、保健医療職の質と量の不備不足は現在もある。

⁸⁶ ここでも被害者としての経験だけであった。

⁸⁷ 紛争地では時に、（やむを得ないにせよ）自己の過去の殺戮を三人称で語る人に遭遇するが、この男性がそうかどうかは確認できない。

応ともいえる。

(4) 女性の健康に関する男性の意識

農村部住民、ヘルスセンター職員、国立母子保健センター入院患者の夫ら、既婚男性16人に面接調査を行った。年齢は24～62歳、平均36.6歳、職業は、農業、看護師、縫製などであった。出身地は、都市部6人、農村部9人、教育期間は4～12年、現金収入は月6～450米ドルと大きな差があった。子ども数は0～8人、平均2.7人であった。

紛争中と紛争後の生活状況は、ボル・ポト政権時代で最もつらかったことは、十分な食糧がなかった9人、家族が殺された4人、強制労働3人であった。幼少で覚えていなかった人も4人いたが、感無量あるいはつらい過去を思い出すことを拒否する気持ちなどで説明できない人が2人いた。その後の生活で最大の変化は、必要な食糧を自由に作ることができる4人、教育を受けられるようになった3人であった。16人中15人は、国際的な支援による復興が始まった1990年代になってから生活は良くなったと答えた。

家庭内で誰が意思決定をするかという質問に対しては、重要事項は最終的に夫が決断すべきであるとする者9人、妻の健康問題についても最終的に夫が決断すべきだとする者が9人いたが、その全員が必ず妻と相談した上で決定すると説明した。夫が決断するべきと考えるのは、家族全員の責任を負っているからであるとのことであった。しかし、避妊については最終的に夫が判断するべきと回答したのは2人のみであった。妻に暴力を振るった経験があるかという質問に対しては、全員がないと答えた。ほとんどの人が妊産婦の健康問題に関する基本的知識を持っていたが、ラジオやテレビから健康情報を得ているとのことであった。

6 - 6 カンボジア現地調査

6 - 6 - 1 Transcultural Psychosocial Organization (TPO)

先に述べたように、TPOとは、オランダのVrije大学精神科医師らによって1995年に設立されたthe Institute for Psycho-social and Socio-Ecological Research Amsterdam (IPSER - Amsterdam) が、改名したものである。

TPO-カンボジアは、かつてのオスロ大学の精神科医師養成課程1期生Sothera医師が1998年に開設、2000年に全活動を引き継いだものである。Sothera医師によれば、TPOは、戦争や人権侵害、さらにあらゆる暴力行為によってところに傷を受けた人々への援助を目指すNPOであるという。その理念は、あくまで、現地の文化を尊重しつつ、人々の間に信頼関係を取り戻すことによって、人々が自らのメンタル・ヘルスを向上させ、かつ自分や家族、さらに周囲の人々を助ける力をつけられるよう、草の根レベルの支援を行うとする⁸⁸。TPOが行うトレーニングの対象は

⁸⁸ Visionには、“To contribute to the development of Psychosocial and Mental Health Care in Cambodia within a local cultural context.” また、そのmissionには“ To support those who are unable to care for themselves due to mental illness, poverty and a lack of support by developing programmes that directly benefit people at the grassroots level, by improving their mental health and thereby increase their ability to care for themselves and their families.” とある。

Village Health Worker (VHW) と呼ばれるPHCレベルの保健員であり、高度な専門性も求めている。

現在、プノンペン市、コンボン・トム州のほか、15クリニックを運営し、以下のような活動を行っている。

ソーシャル・コンテキスト・サーベイ（村を訪問する前のTPOスタッフによる現状調査）

- i 村の歴史、特に紛争前後の経緯
- ii 人口、年齢別人口構成
- iii 障害者数と障害の種類
- iv 未亡人の数
- v コミュニティの社会資源
- vi キー パーソン、村長か、僧侶か、ボランティア的リーダーか
- vii その他

これは、以下の訓練のための基礎調査である。

トレーニング・プログラムの作成

個々の状況に応じた研修プログラムの作成。基本的には、

- i 自己の問題認識
- ii （自分の性質など）個性の把握
を経て
- iii 他人への対応のあり方
- iv 信頼関係の作り方
- v 必要な態度：聞き方、尋ね方、話し方
- vi 情報の伝え方
- vii 態度

などを学習する。

TPOスタッフとキー パーソン共同のトレーニング13日間

で作成したプログラムに基づき、さまざまな事例を想定し、13日間の強化訓練を行う。

ポスター・パンフレットによる啓発活動

現地の人々には理解しやすい絵入りのポスターやパンフレットを掲示したり、解説に用いる。やや複雑雑多に見えるが、直接関係がないと思われがちな、失業とアルコール多飲、不作とストレスや家庭内暴力などを図示することで、メンタル・ヘルスとは何なのか、何が問題なのか、原因は何か、どうすればよいのかなどの理解を助ける。

精神保健教育

第一線で人々と接触するVHWらに、どの時点で専門的治療へのリファールを考える必要があるかなどの判断をするための教育である。

ピア・グループ活動

必要に応じて、各地域に数人から十数人程度のグループを（複数）形成し、以下の問題を話し合う。通常、十数回程度の集会で終わるようだが、結論を得ることを急がせず、話し合いを通じて、人々の相互理解や信頼関係を醸成する目的が強い。

- i 貧困に関する問題
- ii 農業と収穫物に関する問題
- iii 家庭内暴力
- iv アルコール問題
- v その他

個人カウンセリング

必要な場合、TPOの専門スタッフによる個人レベルのカウンセリングを行う。

精神的治療を要する人へのコンサルテーション、精神科クリニックのセットアップ

専門的対応が必要な場合、治療に至るまでの支援を行うほか、適切な診療機関への連携を取り、フォローアップを行う。

研究活動

以上の活動をまとめ、評価し、新たな活動の指針を得る。

カンボジアの人々は、自分たちの気持ちをあまり派手に表現しない傾向がある。外国人には把握し難い微妙な感情のゆれを、TPOのカンボジア人スタッフは見逃さない。また、TPOによって訓練されたコーディネーターを含むピア・グループは、穏やかな対話、静かな連帯を通じて形成される自然な共同体意識を高め、村人たちが自力で問題解決の道を見つけられるよう接触を繰り返しているという。

このような地道な活動を継続している間に、人々は自立性を高め、自らのempowermentをなし、次第に生活にもけじめがつき、その質が変化する。そして、それが地域メンタル・ヘルス活動として最も重要なことだと、Sothera医師はいう。

（１）TPOのSelf help Group活動

１）Kompong Thomの村落における男性グループ

参加者は男性 8 人。年齢は正確ではないが、30～40代、全員農業に従事している。就学歴は、小学 3 年まで、4 年まで、5 年まで、7 年までが各 1 人、残りの 4 人は未就学。短期間でも就

学した者は、基本的な読み書きはできる。家庭で、食事準備など、家事を分担する者が3人いたが、離婚者も2人いた。

現在の問題は、夫婦げんかが絶えないこと、離婚をしたこと、(カンボジア人は基本的にひとり住まいはしないため)現在は両親と暮らしていること、離婚して4年たつが、(前妻は再婚したのに)自分は再婚できてないこと、稲作をしているが灌漑システムが悪く十分な収穫ができないこと、などだが、夫婦げんかの原因は貧困とする声が多かった。

ある男性は、「このようなself-help groupは有用だ。以前は、稲作がうまくいかなくて、心配のあまり、つい酒を飲み、妻を悲しませた。今は、このような話し合いによって、気持ちが落ち着いている。酒におぼれなくなり、きちんと働いているので、家庭も安定した。以前は、酔っぱらって子どもを怒鳴ったり、家族に暴力を振るったりしたが、それもしなくなった」と語った。

また、ほかの男性は、「今、必要なものは、収穫を安定させるための灌漑システムを整えることだから、日本からポンプを補給して欲しい。自分たちができることは、まず、自分の健康のため酒を控え、もし服用していたら薬も減らすことだ。そして、部屋を清潔にし、また、水は沸かして飲むなど、家庭内の衛生状態をよくすることだ」との意見を述べた。

結論を得ているわけではないが、自己の問題を発露させることで、解決の道筋を見いだしうることを学習しているといえる。

2) コンボン・トムの村落における女性グループ

高床式の広い一室の家。はしごを上って、女性たちが集まる。

この地域では、約7年前から活動を開始している。成果が出始めたのは最近だが、今では、多くの問題の半分近く(40%ぐらい)は自分たちで解決できるようになった。リーダーは、小学校4年まで通学した女性で、ほかの人に比べ、学識があるとして選ばれた。リーダーの孫6人は全員通学している。

女性は、ほぼ全員が結婚しており、2~6人の子どもがいる。多くの女性が抱えている問題は共通しており、家庭内暴力、貧困、食糧不足が挙げられた。

「いろいろなことがうまくいかなくて、落ち込んで薬をたくさん飲んだ。それが原因で、足が不自由になった。夫は漁師で、自分の役割は夫が取ってきた魚を市場に売りに行くことだが、足を痛めてから、杖が必要になったため、今では売りに行けなくなった。生活は親戚などに助けってもらっているが、貧しい」という女性。

「夫はいつも酔っぱらっていた。子どもは3人、長女は製縫工場で働き、次女はまだ学校、長男は漁師になった。TPOのピア・グループに参加するようになって、家庭内暴力についても話せるようになった。夫もアルコール問題についてのグループに参加してから自分の問題に気づいた。今では、酒を控えるようになり、家庭内の問題の多くが改善された。実は、姪も同じ問題を抱えているのに、なぜか、なかなかピア・グループに参加しようとしな」と涙ながらに話す人。

未婚の女性は、「背中から頭が痛く、時々お腹の具合もおかしくなる。母親が5、6年前か

ら精神病を抱えており、結婚せず母の面倒をみている」と、表情が暗い。

健康相談では、「ヘルスセンターが近くにあるが、医師はおらず、看護師だけで、十分な医療も受けられないのに医療費は高い。家庭内暴力があって、時にけがをするが、近くのヘルスセンターではなく、コンボン・トムの病院に行かねばならない」。

当日の対話では、解決の道が示されてはいなかった。しかし、このような話を繰り返すことによって、女性たちが連帯し、解決の糸口を見つけていくという。

6 - 6 - 2 コンボン・トム州立病院 - 精神科外来

診療中の医師、看護師らから聞き取った情報は以下のとおりである。診療は7:00から13:00で、受診は午前中、特に10:00ごろまでに集中し、毎日20人程度の外来受診者がいるが、そのうち2～5人が新患である。

受診者は、まず、看護師のスクリーニングを受けた後、医師の診療を受ける。医師は、オスロ大学の研修を受けたもの、看護師もブノンペンで専門的な教育を受けている。

患者の性別は、圧倒的に女性が多く、平均70%程度。訴えの主なものは、不安、不眠、幻覚、抑うつなど、メンタルなものだが、その根底には、過去の紛争の影響も考えられる。しかし、現在の訴えの多くは、家庭内の問題、特に貧困による影響が大きいと考えられる。

いわゆる精神障害では、統合失調症が多いが、神経症、躁うつ病、てんかんもある。治療薬は、ほぼ、定期的に保健省から配布される。

なお、当病院から、毎月5～6回、あらかじめ村のリーダーに連絡した上で、近隣の村落へアウトリーチ・チームを送っているが、その際も受診者は女性が多く、訴えは不定愁訴である。

6 - 6 - 3 シアヌーク病院外来精神科クリニック

病院は、1992年、日本の無償資金協力で改修された部分も多く、精神科外来は、日本のNGOの支援を受けて開設し、また、継続的ではないが、オスロ大学から、医師、看護師らの臨床指導者が送られており、現在は精神看護専門家が滞在中。

聞き取りと視察の結果は以下のとおり。

1日の外来患者数は約100人、総合外来での身体計測や簡単な問診後、精神科を受診する。精神科外来診療は8:00から、診療時間は、新患で1人平均30分、再来者は10分程度、問診後、処方箋が渡される。受診料は、薬代を含め約5,000リエル（約130円）だが、それもまかなえない人も少なくなく、政府の援助は少ないため、今後、生活保護システムを導入したいという。

入院は、8または4床部屋、必ず、家族が付き添う。多くの患者に、2、3人の付き添いがいるため、病室の内外にいる人数が多い。抑制を行うようなことはほとんどなく、発作なども、直ちに薬物を用い、沈静化させる。また、付き添い家族が抑制力ともなっている。入院の多くは、痙攣をきたすような疾患で、認知症患者はほとんどいない。特に高齢者の認知症患者は家族が世話をするため、入院には至らない、という。

6 - 6 - 4 Psychological Rehabilitation Center

現在、カンボジアには、メンタル・ヘルス関連のリハビリテーション機能はほとんどなく、小規模な当施設が唯一の訓練場所でもある。とはいえ、古い建物でほとんど見るべき資材はなく、卓球台、ビリヤード、ギターなどの楽器、訓練用の刺繍道具などが雑然と置かれている。効果的な活動が行われている様子はない。

聞き取りの情報は、以下のとおりである。

専門スタッフも少数で、機能は限られている。現在、当施設（中央、プノンペン）でリハビリテーション・システムを考案しつつスタッフを育成している状態である。できれば、リハビリ活動を、順次、地方に広げていきたい。

現在の診療スタッフは、統合失調症のリハビリ専門家のみだが、発達遅滞に対応するメンバーも参加できるようにしたい。なお、作業療法に関しては、専門家育成システムそのものがなく、看護師や物理療法の専門家が、本業の傍ら行っている状態であるが、作業療法士育成システムは日本の協力で行われており、今後、国家計画となる予定である。

リハビリの内容は、家族への教育を通じて、家庭生活内で行われるのが望ましいと考えているが、現在はまだその態勢にはなく、また、当センターで実施している内容も、生活の中で利用できるものではない。例えば、ミシン作業を行うとしても、街の中にはミシンを持っている人もほとんどいない上、それを利用できる施設もない。したがって、作業内容自体、今後、検討が必要である。

7 . アフリカ紛争地（2000年12月～2001年2月 アフリカ紛争地調査）

筆者は、WHO緊急人道援助部勤務時代、紛争国担当として、たびたび、アフリカ諸国を訪問した。また、その後、地域紛争の及ぼす保健医療面、特に子どもの育児環境を含め社会文化的影響を調査する機会を得た。

暴力的・破壊的環境が子育てにふさわしくないことは自明の理とはいえるが、それをいわゆる evidence と把握するのは極めて困難である。調査の目的は、やや広範な保健状況にわたる調査であったが、結果として地域ぐるみのメンタル・ヘルスの重要性を認識されるものであった。以下に、その知見を述べる。

7 - 1 モンキーボックス

モンキーボックスは、名前のとおり、最初、サルに発症したボックス（痘）で、病原体は Orthopox virus で、最初、ザイル（現コンゴ民主共和国）で発見された。

同国でのモンキーボックスの経緯は以下のようである。

1956 モンキーボックス発見
1972 ヒトのモンキーボックス第1例
(1980 天然痘撲滅)
1986までに ヒトモンキーボックス計40例登録、うち96%はザイル
1992までに 12例追加

同時期、ザイルの混乱、1996年ごろまで調査中断

1996 ザイルで、計511例（1996 カタコ・コンベ地域の419の子ども例を含む、うち78%は、家族内または近隣での患者接触によるヒト　ヒト感染。致死率は1.5%）

1997 疫学調査再開

1999 1,000例以上の症例。アウトブレイク??

コンゴ民主共和国（旧ザイル）のムブジ・マイ（Mbuji-Mayi）のダイヤモンド採掘町でモンキーボックスによる死者315人の報告

感染は、接触または空気感染とされる。当初、カニクイザル、ミドリザルに発症したことから、サルに特有と思われたが、最近（2003年）の米国での発生は、プレイリードッグや、ガンビアン・ジャイアント・ラットに噛まれた後に発症しており、リスの類が病原体保因者と考えられるようになっている。

感染後、丘疹　水疱　膿疱　痂皮形成と、天然痘と同様の経過をたどるが、致死率は天然痘の50%に比べ1～2%と低く、また、ウイルスの遺伝子構造は天然痘と異なっているため、天然痘

化することはないとされている。

ヒトでの発生は、これまで、ほとんどサル ヒトで、ヒト ヒトはあまりないとされていた。しかし、1992年ごろからのザイールの混乱後、1996年ごろまでの調査はなされず、1996年に再開された調査で、400例を超える集団発生が見つかった。さらに、混乱の中、国名をコンゴ民主共和国となった1999年には、1,000例以上に増加していた。

混乱がない時には、毎年、1、2例の発症が、なぜ、急激に数百例を超えたかについて、現地の高名な疫学者らは、次のような理由を指摘した。

保健医療施設の破壊

勤務員の職業意識の低下

避難による保健活動機能低下または停止

広域の疫学調査の中断

熱帯雨林への避難により、人々とサルの接触が増えた

サル肉の摂取

疫学ネットワークの劣化による感染症発生把握や警告通知機構の消滅

である。

モンキーボックスの流行拡大は、直接メンタル・ヘルスと関係していないようにみえるが、次の例と対比すると、背後に潜在する地域の連帯感の喪失が理解されよう。

7 - 2 ザイール東部の妊産婦死亡率

同じくザイール（現コンゴ民主共和国）の妊産婦死亡と乳児死亡の経過について示す。

10万出生に対する妊娠分娩による女性の死亡数は、ザイールの混乱前にあたる1989年ごろには200～800であった。この数字も、日本の8に比べると、25～100倍劣悪であったが、紛争が勃発し、小康状態を経た後、紛争が再燃継続していた1998年には、紛争地である東部国境地帯で、出生10万に対し1,800～3,000に急増した。

妊産婦死亡は、母数が10万出生であり、短期間に正確な評価を下し難いが、急激な悪化があったことは事実であろう。

この原因として、WHOの現地事務所母子保健担当官は、消耗品の不足、検診の不備を挙げた。しかし、同地域を熟知していた当時の保健大臣は、医療施設の破壊、勤務者の死亡や避難、必要な医薬品、資材不足もあるが、最大の理由は、人々の連帯意識の喪失であると断言した。

大臣によれば、当地域では、妊娠や分娩は集団の一大事として、万難を排して助け合う伝統があったという。民族色を帯びた紛争が、地域の人々の間の連帯感を喪失させ、それまではいたわりの対象であった妊婦だけでなく、子どもや高齢者へも関心を示せない、荒廃した地域社会になったことが、保健状態の悪化の理由であると断言した。

なお、乳児死亡率も、紛争前87/1,000出生に対し、紛争直後には127に悪化したのも同じ理由とした。

8．紛争後復興と地域メンタル・ヘルス

Community Mental Health - 新しい対応

8 - 1 地域メンタル・ヘルスとは

Community Mental Healthは、地域メンタル・ヘルスと訳されるが、ただ病院や収容施設の外でメンタル・ヘルス活動をするというのではなく、地域社会の住民のニーズに適合したサービス内容とサービス・システムづくりを目指し、さらには社会システムそのものに問題があればそれをも改善していこうとする姿勢が必要とされる。

ここで用いられるcommunityという概念は、単に物理的な地域を指すのではなく、それを包括した機能的なコミュニティとしてとらえなければならない。

マッキーバー（1975）は、コミュニティを「地域性、コミュニティ感情、われわれ意識・役割意識・依存感情をもち、ある程度の社会的凝集性をもつ共同生活の一定領域」と定義したが、安藤（1979）は機能的コミュニティとして考えたとき、それは家族、学校、職場集団、公共の組織などの社会システムだけではなく、社会的支援組織（social support system）のように目にみえないものも加えていく必要があるとしている。

このような観点からすれば、紛争後復興には、その本来の社会構造と文化的背景を考え、血縁関係を中心としたつながりや宗教との関係を視野に入れたシステムづくりが必要なことはいうまでもない。

筆者がアフリカの紛争地で会ったケニア人医学部名誉教授は、アフリカの紛争と社会の荒廃は「ニワトリと卵」の関係のようだと前置きした上で以下のように話した。

「『Primitive（素朴）な』社会が文化的に劣っていたわけではなかったはずだが、1960年代に始まったアフリカ諸国の独立は、古来の伝統は唾棄すべきもの、固有の文化は劣ったものと考えて、競って『表面的な西洋』を取り入れよう⁸⁹としました。その一方で、本当に学ばべき制度や仕組みはなおざりにされ、しかも、とにかくこの地にあった古来の良い文化や伝統も一掃されてしまったのです」

「そんな中で、紛争が始まりました。それは、最初、取るに足りない小さな揉めごとなのです。家畜の水飲み場争いや、1頭か2頭の動物がしばらく行方不明になったことによるケンカです。以前は、両地域の長老が行っていた仲裁⁹⁰は機能しないまま、形骸的な西洋の裁判などという制度を持ち出すことによって、混乱が増幅されました。そして、そのうち、権力者が介入し、武器が持ち込まれました。紛争になるまで、そんなに時間はかかりません」

「新しい政治の仕組みも、経済も、すべての外来の制度は不消化なまま根づいていません。

⁸⁹ アフリカの多数国の独立後の混乱を書いたAyittey, G. B. N. (1998) *Africa in Chaos*, MacMillanによれば、ロンドンになるために2階バスを、パリになるためにシャンデリアを輸入した建国の父についての記載がある。

⁹⁰ 地域集団の対立は、長老同士が話し合い、家畜で補償し合うとか、大がかりな対立では、一方から複数の処女、他方からそれに見合う青年が選ばれて、集団結婚させる、などの対応があったという。

気がついてみると、あちこちに紛争があるのです。助けは必要でした。けれども、『開発援助』であろうと『緊急救援』であろうと、国際社会の大規模な関与によって、『primitiveな』社会は、ますます、不消化な事態を抱えて混乱しています」

「紛争が蔓延した結果、家庭や地域社会は崩壊し、人々が帰属意識（identity）を喪失したから紛争が続くのか、紛争があるから帰属意識がなくなるのか、悪循環のうちに社会は荒廃し続けています」

実際、大湖沼地帯諸国の紛争地だけでなく、その周辺地域では、何もかも、昔のようではないと訴える人々が多かった。確かに、人々の健康を維持増進するために、すべての住人が自ら参画するという画期的なPHCによって、身体健康は改善された。しかし、住民を巻き込んだ身近な紛争は、地域の連帯を破壊し、家庭を崩壊させ、人道援助によっては満たされていない何かを失ったまま、地域社会が荒廃しつつあるともいえる。

紛争、特に地域紛争への一時的関与には限界がある。これまでの緊急援助そのものは救命的で、身体健康や保護に重点を置かざるを得なかったが、遷延した紛争地で、人々が見失ったもの、求めているものは、現在の人道援助に含まれてはいない。短期的な人道援助と長期的開発協力の連携によって補わなければならないのは、紛争国の真の安定に必要な人々の「こころの栄養」ではないかというのが、先のケニア人名誉教授との対話の結論であった。

開発途上国、特にアフリカのジェンダーと開発を研究しているTurshan, M.は、その編著『What Women Do in Wartime』の中で、例えばチャドやスーダンのように、どんな形であれ、30年以上も続く紛争が増えた結果、至るところに武器が蔓延（militarization）し、アフリカはいままで経験したこともない荒廃した社会になった、と述べている。武力を持つ者が社会を制し、それを倒す者も、また、武器をもってする社会、兵士すなわち武器を扱う者が、宗教や教育、また、保健専門家よりも、さらに、古来、地域を仕切ってきた長老や指導者をも凌駕する社会が生まれている。

UNICEFや教育機関のプロジェクトを通じて、50年以上にわたり、さまざまな途上国で保健活動を行ってきた米ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院C. Taylor名誉教授は、小児期の精神的外傷は世代を超えたPTSDの原因となるだけではなく、戦争や暴虐事件に巻き込まれた際、今度は、自分が弱者である子どもを迫害する遠因になるのではないかと述べている。また、紛争地区での経験から、戦争や内戦は、暴行や四肢切断といった身体への直接的苦痛による精神的な外傷の原因を作ると同時に、家族との離別、社会の崩壊、モラルの低下も、また、子どもたちの帰属意識（identity）を喪失させ、安定した生育環境でこそ身につくであろう個性（personality）や人間性（personhood）を欠如したまま大人になる危険性があると指摘⁹¹している。

しかし、Taylor教授は、また、精神的な外傷の短期的直接的および長期的間接的影響は深刻であるが、子どもにはすばらしい回復力がある。地域社会を巻き込んだカウンセリングなど、適切な支援が行われれば、速やかな回復が可能だと、希望的な意見を述べている。

⁹¹ 次章「9．紛争防止と育児環境」参照。

災害により精神的外傷を受けたとしても、問題を早期に把握し、骨折やけがなどの「身体的外傷」の処置やその後遺症対策、また、食糧・水・衣類・シェルター補給という「生存支援」、さらに予防接種などの「身体健康」と同じように、「こころの傷」にも手当てがなされれば、子どもたちは、本来、身につけるはずであったものを早急に回復し、正常な発育を遂げるであろう、というTaylor教授の指摘は、小児科医であった筆者には納得できる意見である。民族的宗教的紛争が繰り返される根は、子どもに受けたこころの傷が解決されないまま残っていることであり、そのケアは容易なことではないとしても、平和の達成にとっては極めて重要なことであり、新たな取り組みが必要だと痛感する。

8 - 2 Community Mental Healthの事例

やや古いが、アフリカ紛争国現地調査で筆者が見た2つの「地域ぐるみの癒し」の事例を示す。

8 - 2 - 1 スーダン

2001年、ケニアのナイロビに拠点を置くUNICEFスーダン南部事務所では、地域保健活動のひとつとしての試みが始まろうとしていた。

十数年にわたり、紛争と旱魃が繰り返す中の、ごく限られた地域における保健活動に合わせてではあるが、小学校拠点の小規模カウンセリングを手始めに、可能な限り、地域住民へも対象を広げたいという。実際には、まだ、計画の段階であり、その後のフォローも行っていないが、簡単なマニュアルを作成し、それに基づいて訓練を受けた小学校教師が、生徒とその家族に対し、話しかけ、聴き取りを行うものであった。

担当者は、「こんなことだけで、何かを変えることは不可能かもしれない。また、どれほど時間を要するか分らない。しかし、人々のこころの健康を回復するため、それを強化するためには、予防接種や栄養プログラムなど、身体の病気に対する対応と同じように、個々の子どもや人々のこころと、地域社会の全体のメンタル・ヘルスに手を付けなければならない」と考えているのだといった。

8 - 2 - 2 ウガンダ

ウガンダは、大湖沼地帯国のひとつで、規模の大きな紛争ではないが、長年、内戦状態が続いている。UNICEF・ウガンダの取り組み（2001年次）も、地域のメンタル・ヘルスであった。

NUPSNA（Northern Uganda Psycho-Social Needs Assessment Report）によれば、北部ウガンダでは、多数住民が本来の居住地からの避難を余儀なくされ、数千人にも上る子どもの誘拐や、住宅、学校、保健センター、そのほか村のインフラの破壊、また、多数の紛争関連死や外傷者を生じた地域紛争が10年以上も続いている。報告は、このような紛争は、住民社会の中に織り込まれ済みだと指摘している。人々は、恐怖の中で暮らし、異常なことや困ったことが生じた場合には、集まり、話し合い、解決策を見いだして、共同で事にあたっていた伝統的機構は消失してしまったという。子どもを育てるにふさわしい安定した環境が存在しなくなっただけでなく、暴虐

表 8 - 1 Main psycho-social concerns - by district and ranking

Region Problem	Gulu	Adjumani	Lira	Kitgum	Aura	Overall ranking
Physical insecurity 身体的不安	2		1	4	1	1
Lack of basic needs Basic needsの欠如	1	5	2	1	4	2
Social breakdown 社会的混乱	3	1	7	3	3	3
Family breakdown 家庭問題	4	3	6	5	7	4
Emotional distress 情緒的不安	5	2	5	7	2	5
Educational breakdown 教育の破綻	6	4	3	2	6	6
Economic insecurity 経済不安	7		4	6	5	7

出所：NUPSNA field data, UNICEF Uganda

行為を目にしたたり、時には、自らが隣人を攻撃したり、**せざるを得ない**子どもも、少なからず存在する。

本プロジェクトは、1998年から調査が開始され、人々がpsycho-social（社会心理的）に問題と認識している／感じている事項を調べたものである。

報告は、表 8 - 1 に示すように、紛争が続く 5 地方における、7 項目につき、最初、情報源となりうる個人205人から、次いでより情報に詳しいグループ86から聴き取りを行っている。

人々が最も深刻であるとしたのは身体的不安（physical insecurity）であった。CHE地域であるため、暴力的武力的問題も否定はできないが、頭痛、イライラ、不眠などの、いわゆる不定愁訴が多いとの解説を受けた。

このパイロットスタディが、その後、どう発展したかを追跡する機会を得ていないが、明確に、地域社会のメンタル・ヘルス状態の評価、分析からその後の介入を目指している点で、極めてユニークなものだったと考える。

これらの地域の人々は、常に生命の危険というストレスにさらされており、平和という事態からはほど遠い。いつも何かよくないことが起こるのではないかという不安な気持ちから抜け出せず、過度の心配と恐怖から猜疑心が強く、悪い記憶を捨て去れない。精神的に混乱し、日常の業務に集中できないという人もいる。多くの人は、長い紛争から守られておらず、追い込まれ、打ちのめされ、うつ状態にあるともいう。無力感から自殺に走る者もいる。自信や自尊心は喪失し、将来に対し悲観的で、そして、戦争は果てしなく続くと思っている。

紛争地域の人々は自立できず、国際社会を含む外部の支援を必要としているが、正常な社会機構は、治安上、維持できなくなっている。子育ては等閑にされ、家庭の規律は乱れ、教育も継続されず、婚姻の成立や家庭生活も破綻し、貧しいにもかかわらず、アルコールへの依存は高まる。

また、紛争の手段としてのレイプ以外に、それまでは安全であった場所で、一般住人や兵士による同族女性への襲撃もある。社会不安に占める性的不品行は大きくなり、HIVやSTDs (Sexually Transmitted Diseases) だけでなく、望まれない妊娠・出産も増え、見捨てられた子ども、ストリート・チルドレンなどの増加は、さらに社会不穏を悪化させる。

これらの地域の保健サービスや教育は、建物や機械道具などといったインフラが物理的に不足・不備となるだけでなく、通信・交通・運搬また人の交流も不安定となり、機能的にも不備になる。また、治安不安や仕事の継続性の不安定さから、勤務スタッフのモラルも低下しがちである。したがって、表面的物質的な支援では、真の解決はほど遠い。

社会は病んでいる。しかし、適切な支援があれば、柔軟性と弾力性をもつ子どもは、必ず、回復すると、この報告書の前書きに「ジェンダー・労働・社会開発大臣」が記している。

2001年時のUNICEF・ウガンダ代表は、筆者のいう紛争地区の「こころの栄養」への支援に強く同意するとともに、紛争地域では、いまや、文化や伝統を踏まえた社会の再構築が必須であり、そのためには地域社会全体へのメンタル・ヘルス面への介入が必要だと強調した。しかし、いかなる指標があるのか、また、その標準化は可能か、などといった技術的問題のみならず、効果が分かりやすく、数値化しやすいPHC関連プロジェクトへの支援や、避難民のPTSD対策には興味を示しても、地域社会のメンタル・ヘルス問題といった、一見、漠然とした対象への関与も理解もなく、したがって、資金的支援を期待できないというロジスティックス上の困難が大きいと訴えた。なお、本調査は、ベルギー、カナダ、スウェーデンからのUNICEF・ウガンダへの補足的資金で行われている。

CHEのほとんどは、貧しい途上国の、より貧しい人々や、権限を持っていない少数民族を巻き込み、社会全体に浸潤していく。まるで、いつ流行が始まり、いつ終わるのが明確でない慢性化した風土病のように、「当たり前の日常生活」の一部となってしまう、人々は、無意識のうちに、日々の意思決定をCHEに左右されている。

クロアチア、ボスニア・ヘルツェゴビナなどの事例を研究したジョンズ・ホプキンス大学青年精神科のJoshiは、紛争で、最も深い失望と無力感に打ちのめされるのは子どもであり、身体発育と精神発達に長く影響するという。これまで、政府であれNGOであれ、人道援助の第一線機関は、生存に必須の食糧や水、シェルター、そして保健医療については最大限の努力を払ってきた。また、個々の被災者のメンタル・ヘルスへも関心が払われるようになってきたが、子どもの発達発育に関しての配慮は十分でない指摘している。

また、テロと紛争に明け暮れる中東の子どもたちの精神的問題を扱ってきたAyalonや、小児のPTSDやストレスを研究してきたReichenbergも、戦争や内戦でこころに傷を受けた人が癒されるためには、個人のレベルだけでなく、家族や地域社会などの共同体、また、民族、文化、宗教など、人々の生活にかかわるあらゆる要因の適切な関与が必須であると指摘している。真の社会的また精神的健全さを回復するためには、個々の症状を治療することや個人レベルのPTSD対策だけでは不適切で、全人的な取り組みが必要だとも指摘している。

未来を喪失するという意味では、子どもたちは最大の紛争犠牲者であるが、その子どもたちを「zone of peace」として、暴力と紛争、そして精神的外傷 (trauma) の悪循環を断つべきだとす

るAyalonらの今後の成果を待ちたい。

国際保健分野では、「平和」の定義はなされていない。しかし、感染症などの不健康や自然災害、貧困や低開発、差別など、あらゆる脅威がなく、かつ集団としての秩序が保て、社会的存在としての人間が自由と人権を保障された生活を維持できる状態を平和とみなす意見はあるが、平和が達成されたというにはほど遠いまま、世界は混乱の21世紀を迎えている。

9．紛争防止と育児環境

本稿は、戦争、紛争などの武力行為が、個々の人間においてのみならず、集団としての地域社会における、目に見えにくい（invisible）が故に、評価しにくく、したがってないがしろにされてきたところ（mental）の健康への対応を論じたものである。

紛争は、いうまでもなく人間の健康に害を与える。

生命の喪失、外傷とその後遺症は目に見える（visible）ために分かりやすく、自然災害や多くの紛争でも、常にそれが問題とされてきたことも事実である。近年多発している多様なテロにおいてすら、そのインパクトが死傷者の数によって評価されている感もある。

本稿は、また、直接的には、途上国の紛争地におけるメンタル・ヘルスを論じている。しかし、最近、世界的に、突発的な暴力行為が増加しており、わが国でも、若年者のみならず、中高年層による犯罪が増加と凶悪化する傾向にある上、特に、青少年による家族や友人、また、ホームレスやその他不特定者への襲撃や殺人事件が激増している。

途上国における紛争の蔓延、先進国における犯罪の増加は、一見、異なるものとみえるが、実は共通の「病因」による「地域メンタル・ヘルスの障害」によるものではないかと、筆者は考えている。一方は、貧困や差別が、ほかは豊饒や退廃が、社会的生物であるべき人間の連帯を損ない、さらに人々の生きがいを失わせているのではないかと。それが、他人だけでなく、やがて知人や仲間、さらに親戚や家族への思いやりを失わせ、一瞬の感情から暴力の行使を生み、やがてそれが当たり前になり、憎しみが憎しみを生む悪循環をなしているのではないかと。

紛争地の育児環境を見るにつけ、筆者は、しばしば、空襲警報や駐留軍という言葉に怯えた子ども時代を⁹²を思い出した。また、1960年代後半から1970年代の小児科医時代には、当時、芽生えつつあった新生児医学の研修とともに、大阪近郊地域の乳幼児健診に携わる機会を多数持ったが、それから30年、40年後の現在にあっても、途上国の紛争地では、わが国ではあまりにも当たり前の育児支援環境⁹³の片鱗もない地域がほとんどである。

途上国に生まれたこと、貧困なこと、また、避難民であることや難民キャンプに居住せざるを得ないことなどが問題でないとはいえない。しかし、家族や一族、あるいは地域社会に連帯意識が残っている場合には、子どもの表情は屈託なく、外来者に対するはにかみを示す一方、時間がたてば、小さな悪戯をするなど、ある種の「子どもらしさ」があり、周囲の大人や地域にはある種の監督者意識が感じられた。一方、食糧配布やヘルスセンターは整備されていても、あまりに整然とした規格の、人工的統制集落や、伝統的文化や地域社会の存続を感じさせられない、また、武器が蔓延しているであろう環境下の子どもの中に、なお、幼児期といえる年齢でも、一種独特

⁹² 兵庫県宝塚市（当時、小浜村）に居住していた前学童期、第二次世界大戦末の空襲警報に怯え、また、敗戦後には、実態が分からないまま進駐軍が来るとの脅しに行動を正そうとした経験を持つ。子どもの悪戯に対し、「そんなことをしたら、B29（爆撃機）が来る!!」とか、後には「（悪いことしていたら）進駐軍が捕まえに来る!!」という脅しは極めて効果的であった。

⁹³ 妊産婦検診、母親また両親学級、施設や家庭を問わず安全な出産、産後の母親と新生児の検診、先天異常マス・スクリーニング、予防接種、さらに保育所、幼稚園など。

の憎々しげな表情⁹⁴をみることが時にあった。

身寄りもなく、生きるために自らが食べ物を探し、時には盗みを行うなど、生存のために働かざるを得ない子ども、他人のみならず、身近な人々すら信頼できない状況を押付けられ、憎しみと暴力の中で育っている子どもたちが少なからず存在している現実と直面するたびに、先進国の育児環境との差異は、はたして紛争によるのか、潜在する低開発や貧困によるのか、混乱を覚えたことも少なからずあったことも事実である。

紛争とは、他人への攻撃からなる。人の「攻撃性」については、古くから、興味深い見解がある⁹⁵が、筆者は、大脳生理学者田中富久子の「攻撃性は、機能的に個体の生命維持と種族保存をつかさどる古脳によるが、人間では、新脳（大脳皮質）の発達によって、その攻撃性がコントロールされ、その新脳の発達は、ほとんど出生後の環境刺激に依存している」とする説⁹⁶に関心を持つ。

「新脳」は、感覚の認知、思考とこれに基づく行動、言語機能、記憶・学習機能と「古脳」の調節であり、「新脳（大脳皮質、髄質）の働きそのものが、人間らしさや知性をなす」というのもよいと考える。

さらに、田中は、「怒れる（キレル）」中学生などでは、子どもから大人になる過程で、攻撃性に関する神経回路と新脳の調節機能の各発達の間ズレが起こるのではないかと推測しているが、また、子どもの生態のみならず、暴力、犯罪、殺人から、戦争、テロに至る地球上のヒトの攻撃性に対しても見解を広げている。

わが国には、「三つ子の魂、百まで」ということわざがある。

幼児期に形成された性格は終生変わらないとする、古来の多数者の印象に基づく経験則ではあるが、最近の脳科学⁹⁷では、ある程度、その理由が解明されてきている。

すなわち、人間性という、ヒトが社会性を持った存在として適正に育つ（発達）するためには、幼児期の脳への適正な刺激が重要⁹⁸で、澤口俊之北海道大学教授によれば、

ある脳機能の獲得・発達にとって（その期間を逃すと取り返しがつかないような）重要な期間が、幼少期にある。

その期間での環境は、生涯にわたって脳機能に影響を及ぼす。

⁹⁴ 最も強い印象を残しているのは、1998年、コンゴ民主共和国（旧ザイール）の首都キンシャサで、車窓を叩き、金をせびったのを拒否したのに対し、唾を吐きかけ、何度も車を蹴った後、拳を振り回して消えていった少女の、表現し難いほど暗く、憎々しげな眼差しである。同行の現地医師は7、8歳と推定した。

⁹⁵ 例えば、Storr, A. (1968) *Human Aggression*, Penguin Press. 邦訳『人間の攻撃心』晶文選書やLorenz, L. (1966) *On Aggression*, Harvest. 邦訳『攻撃』みすず書房。

⁹⁶ 大脳生理学者田中富久子は、一般に脳幹と呼ばれる個体の生命維持と種の保存にかかわる基本的生命活動をつかさどる部分を古脳、学習能力を持ち、環境への適応行動を行って、人間らしく生きるに必要な前頭葉など大脳（皮質と髄質）を新脳とする。

⁹⁷ 脳科学（Brain Science）とは、ヒトを含む動物の脳について研究する学問だが、特に人間に関しては、視覚や聴覚など感覚機能としては認知処理、学習、言語、思考、記憶、予測、問題解決などの高次認知機能や情動が含まれるとされるが、近年の発達は著しい。

⁹⁸ 多数の専門的研究成果が発表されているが、一般向けの書籍も多数発行されている。例えば、田中富久子『脳の進化学』中公新書、澤口俊之『わがまな脳』筑摩書房、合原一幸編著『脳はここまで解明された』ウェッジ出版。また、脳の発達には刺激だけでなく、解剖学的に正常であることも必要だが、脳神経細胞の構造に問題がある場合は、極めて少数であろう。

ヒトが人たるゆえんを担う脳の発達、解剖学的にも12歳ごろまで続き、さらに高度な論理性の構築は20歳ごろまで発達するとされるが、基本的な社会性である、自己と他者の違いを認識し、さらに他人の身振りからその人の心を推測する能力、すなわち、他人の行動の裏にある気持ち、悲しいとか、うれしいとかを感じているであろうと推測できる能力は、わずかに4歳ごろに芽生える⁹⁹こと、同時に、母国語としての言語学習では、その90%が実に4歳までに達成される¹⁰⁰ことも証明されている。つまり、幼児期とは、身体的発育のみならず精神的発達¹⁰¹においても、極めて重要なことが、改めて科学的に証明されるようになったのである。

では、その社会性の発達は、どのように達成すべきであろうか。

Erikson, E. H.¹⁰²は、発達には3つの構成要素があるとする。ひとつはいわゆる成長 (growth) もうひとつは成熟 (maturation、生殖可能) 最後は学習 (learning) であるとする。学習は、経験によって知識を獲得し、それを理解することを通じて、自らの行動や態度を調整していく能力を身につけることである。主たる学習の場は、当然、学校だが、社会性や人間性といった面の学習は、教育機関のみではないことは明らかである。

また、学習は、子ども自身の素因¹⁰³もあるが、家族の育児に対する意識を含む対応能力や社会の働きかけなど環境要因の影響が大きい。

途上国、特にCHE地域の育児環境の実態を思うと、紛争予防や平和構築といった対策は、世代を超えた長い道程を覚悟して取り組むべき問題であることに改めて気づかされる。

戦いに明け暮れている中でも、過剰な豊かさに毒されている社会に育っても、すべての子どもが悪人になるわけではないし、子どもを育てるのにどんな環境が最良なのかを一言で述べることもできない。また、紛争防止のために適正な育児環境が必要であるというのは、飛躍しすぎていると筆者も考えている。

しかし、多数の紛争地帯に共通する何かが、子どもたちの脳に、彼らが成人となった後に、再び、同じ行為を許容させる何かを刷り込んでいるような感覚を禁じ得ない。Post-conflict期の支援に必要なものは、次の世代に同じことを経験させない決意ではないか。

⁹⁹ Theory of Mind (こころの理論) 課題という、人の身振りから、その人の心を推測する能力テストにより評価される (合原一幸編著『脳はここまで解明された』ウェッジ選書など)。

¹⁰⁰ 言語の発達は12歳ごろに臨界期があるとされるが、母国語となる基本的な言語の大半は4歳までに獲得される。

¹⁰¹ 一般に、発育 (growth、成長ともいう) とは身長、体重など身体形態面の量的増加に対する場合をいい、発達 (development) とは、首が据わる、お座りができる、立つ、歩く、話すなど、精神、運動および生理など、機能的な成熟をいう。両者をあわせて発育ということもある。

¹⁰² Identity (自己同一性、独自性またはある地域社会や組織などの集団への帰属意識) の概念を打ち立てた。

¹⁰³ 気質・性格、知的能力、発達障害・身体疾患の有無など。ただし、現在は同定されていないこれらの要因やその異常も、近い将来、科学的に同定され、対応が進む可能性はある。

10．提言

紛争後のメンタル・ヘルス介入の目的は何か？

筆者は、世界各地に発生している武力、暴力行為は、表現形は異なるものの、共通した community-base のメンタル・ヘルスの問題と考える。地域社会が病んでいる、ともいえる。ある地域では、個人の犯罪として、ある地域では、少数若年者集団の過激な暴力行為として、ある地域では、より多数者を含む集団暴力として、ある地域ではテロや民族対立、または紛争として現れているのではないか。

多数の CHE とその後の復興に対し、膨大な軍備費が投入され、必要とはいえ、一時的で古典的な人道援助と、ありきたりの開発協力しかなされていなかった。例えていうならば、正確な診断もなされないまま、やみくもに手術を行ったり、計画もなく、過剰投薬を繰り返し、かえって悪化した病人を抱えすぎているようにも見える。

この病人たちの予後は、決して不良ではない。今までの治療が効果的でなかったのは、適正な診断、評価がなされなかったためか、ほとんど無視されてきたためである。何が、その病態をなしているのか、問題は何かを、改めて評価し、病人の意思を尊重した適正な対応を、適正に実践する必要がある。

衰弱した病人（紛争国）に、残っている回復力を無視した過剰の医療行為（大がかりな外部介入）は、かえって病勢を悪化させる（新たな摩擦の）原因になることを理解しておきたい。人々の不信感、疑心暗鬼を払拭することは、地域の人々の連帯復活を通じてこそ可能である。

地域社会の復興支援の内容は、時と場所と状況によって判断せざるを得ないが、例えば、農村であれば、農具や種子補給支援、牧畜地であれば、飼料配布、動物の予防接種、特になければ、一般的な健康診断や非公式な教育、女性の集会、職業訓練など、すべてが支援の対象になる。この際、重要なことは物資を持ち込むことではなく、現地の人々の知恵を動員し、意欲を喚起する支援である。当初、時間がかかっても、できる限り、現地の習慣を優先した小規模介入から始めればよい。地域社会の復興支援は、外部者による大げさな計画を必要としない。人々による、人々のための人々の計画で十分である。

以下に、いわゆる専門的な精神障害対策を除いた対応策を整理する。

新たな現地の意思による計画支援スキームの構築

紛争後復興期は、緊急人道援助も長期開発計画も共に単独では成果をあげ得ない。小型で柔軟かつ短期型の新たな介入法の検討が必要。

迅速評価後、現地で支援策を決定できる権限を持った専門家の養成は必要。

緊急人道援助は、できる限り、現地調達とし、可及的速やかに現地側に機能を委譲する。

また、可能であれば、紛争期の緊急人道援助に並行して開始する計画として、

現地における人材育成（分野を問わない）

近隣または本邦における平和を実感させる研修（分野を問わない）を行う。

さらに紛争の状態によるが、

NGOなど現地の機能による地域のempowerment活動支援（分野を問わない）

地域社会再生を具現し、人々の「生きがい」や「こころのよりどころ（identity）」をもてる visibilityある成果の創出

この際、建造物¹⁰⁴の効果も無視できない。治安安定が優先されることはいうまでもないが、「 が建設される」といった計画を周知し、できる限り、多様な階層の人々に関与を求めることも効果がある場合がある。

子どもの遊び場、informalな教育支援

短時間でも子どもが集まる場を作る。

人々がidentityを確認できるイベント支援

スポーツ大会、音楽会、民族舞踊、収穫祭りなど、地域住民が関与できるレベルのイベントを支援する。

PHCレベルのメンタル・ヘルス対策

TPO-カンボジア、またはUNICEF-ウガンダの対策参照。

外部が関心を示し続けること。

外部者の現地入りではなく、現地のしかるべき人材を外部に呼び出すことは可能。何らかの交流。

紛争後復興支援従事者への基礎的メンタル・ヘルス研修の義務化

内容は、高度専門的ではなく、基本的な開発理念の研修に準じた内容で可能である。

例えば、福岡赤十字病院 的野澄子副看護部長は、日本の自然災害救援の経験から、日本赤十字社のこころのケア対策に準じ、以下のような手順をすすめている。

こころのケアの理解：災害では、身体とともにこころにも傷を受けるため、その対応が必要であること、ただし、こころに傷を受けることは、異常事態にあつての正常な反応であることを理解する。

被災時のメンタル・ヘルスの実態の理解：こころの傷の受け方は、個々人によって異なり、また、その回復過程（急性期（数十分～数日）、反応期（1～数週間）、修復期（1～数ヵ月）、復興期（半年以後）など）も、人によって差があり、法則性はないことを理解する。

被災者との接し方の理解：重要な点は、支持的であること、共感的であること、純粋性を持つこと、肯定的であり判断的（批判的）でない態度で接すること、被災者自身の力の回復を

¹⁰⁴ 1992年ごろからのカンボジアの復興支援時、初期の多数施設への基礎的医療機材整備や専門家派遣による旧母子保健センターでの人材育成では感じられなかったが、新国立母子保健センターの基礎工事終了後、「私たちのセンター」が目に見え始めたことによって、同施設での勤務予定者の研修意欲が明らかに変化した。

待つこと、実際的事であること、ならびに守秘および倫理的配慮を行うことを理解する。

被災者との関係構築のあり方：初対面時の自己紹介、状況に合わせた自然な交流と支援、必要とされる時には、できるだけ、そばにいて親身に話を聞き、被災者の感情を受け止める努力をすること、そしてこころのケア以外の問題も相談に乗る。

地域との連携のあり方：地域の保健医療施設との連携、地域の何らかの集団やリーダーとの関係構築、被災者の身近な人との関係構築。

撤収の時期とそのあり方：はじめから、撤収が必要なことを理解し、できるだけ、地域の人材を活用し、残すのはモノではなくシステムとする。

援助者のメンタル・ヘルス：援助者自らもスーパーマン/ウーマンではなく、しばしば、こころに傷を受けることを理解し、必要な休息を取り、負担を蓄積させないこと。

的野によれば、メンタル・ヘルスの問題には一般市民でも可能なレベルも多く、必ずしも、すべての問題に高度専門家が必要なわけではないとする。

これらをマニュアル化するとともに、災害や紛争時またはpost-conflict期の派遣者に解説する。

参考文献

- 天川直子編（2004）『カンボジア新時代』アジア経済研究所
安藤延雄（1979）『コミュニティ心理学への道』新曜社
氏家靖浩編（2003）『コミュニティ・メンタル・ヘルス』批評社
大日方純夫（2003）「民族・戦争と家族」『日本家族史論集』吉川弘文館
門脇厚司（1999）『子どもの社会力』岩波新書
カーディナー・E / 中井久夫・加藤寛共訳（2004）『戦争ストレスと神経症』みすず書房
カツ、リリアン；チャード、シルビア著 / 小田豊監修 / 奥野正義訳（2004）『子どもの心とい
きいきかかわりあう』光生館
熊岡路矢（1993）『カンボジア最前線』岩波新書
合原一幸編（2004）『脳はここまで解明された』ウェッジ選書
小嶋秀夫（2001）『心の育ちと文化』有斐閣
駒井洋（2001）『新生カンボジア』明石書店
ゴールマン、ダニエル著 / 土屋京子訳（1996）『EQ こころの知能指数』講談社
澤口俊之（1999）『幼児教育と脳』文春新書
（2000）『わがままな脳』筑摩書房
世界銀行 / 田村勝省訳（2004）『戦乱下の開発政策』シュプリンガー・フェアラク東京
高橋哲哉（2003）『「心」と戦争』晶文社
田中富久子（2004）『脳の進化学』中公新書
デルヴェール・J著 / 石澤良昭監修 / 及川浩吉訳（2002）『カンボジアの農民』風響社
西澤哲（1997）『子どものトラウマ』講談社現代新書
ハーマン、ジュディス・L / 中井久夫訳（1996）『心的外傷と回復』みすず書房
ハイン・ニョル；ワーナー・R著 / 吉岡晶子訳（1990）『キリング フィールドからの生還』光文
社
ビゾ・F著 / 中原毅志訳（2002）『カンボジア 運命の門』講談社
ピンカー、スティーブン著 / 山下篤子訳（2002）『人間の本性を考える（上中下）』NHKブッ
クス
ブルーナー・J・S著 / 岡本夏木；池上貴美子；岡村佳子共訳（2004）『教育という文化』岩波書
店
マッキーバー・R・M / 中久郎・他訳（1975）『コミュニティ』ミネルヴァ書房
茂木健一郎（2004）『脳と妄想』新潮社
山田寛（1998）『カンボジア現代史25年』日中出版
（2004）『ポル・ポト革命史』講談社
ヤング、アラン / 中井久夫・大月康義ら共訳（2001）『PTSDの医療人類学』みすず書房
ランガム・R；ヒーターソン・D著 / 山下篤子訳（1998）『男の凶暴性はどこからきたか』三田出
版会

- Appelbaum, P.; Elin, M. and Uyenara, L. eds. (1998) *Trauma and Memory: clinical and legal controversies*. New York Univ. Press.
- Ayittey, G. B. N. (1998) *Africa in Chaos*, Macmillan, London.
- Behrman, Richard E. R.; Kliegman, M. and Jensen, H. B. (2000) *Nelson's Textbook of Pediatrics*. 16th ed. W.B. Saunders Co., Philadelphia.
- Braken, Patrick J. and Petty, Celia eds. (1998) *Rethinking the trauma of war*. Free Association Book London.
- Braunwald, Eugene; Fauci, Anthony S. et al. eds. (2001) *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 15th ed. McGraw-Hill, New York.
- Cincotta, Richard P.; Engelman, Robert and Anastasion, Daniele (2003) *The Security Demographic*, Population Action International, Washington, D. C.
- Danieeli, Y.; Rodely, N. and Weiisaeth, L. (1995) *International Responses to Traumatic Stress*. Baywood, New York.
- Desjarlais, Robert; Eisenberg, Leon et al. (1996) *World Mental Health*. Oxford Univ. Press, New York.
- Destexhe, A. (1994) *Rwanda and Genocide*. New York Univ. Press, New York.
- Farmer, Paul (2003) *Pathologies of Power*. Univ. California Press, Berkeley.
- Giles, Wenona and Hyndman, Jennifer (2004) *Site of Violence*. Univ. California Press, Berkeley.
- Gordon, Bruce; Mackay, Richard and Rehfuess, Eva (2004) *Inheriting the World*. Brighton, UK.
- Kamm, Henry (1998) *Cambodia*. Arcade Pub., New York.
- Klingman, Avigdor and Cohen, Esther (2004) *School-Based Multi-systematic Interventions for Mass Trauma*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Levine, Murray and Perkins, David V. (1997) *Principles of Community Psychology*. Oxford Univ. Press, New York.
- Macrae, J. and Zwi, A. eds. (1994) *War and Hunger*. Zed Book, London.
- Marsella, J.; Bornemann, T. et al. (1994) "Amidst Periland Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees." American Psychological Association, Washington, D. C.
- Maguire, Peter (2005) *Facing Death in Cambodia*. Columbia Univ. Press, New York.
- Miserez, Diana (1988) *Refugee-The Trauma of Exile*. Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, The Netherlands.
- Murray, C. J. L. and Lopez, A. (1996) *The Global Burden of Disease*. Harvard School of Public Health.
- Nann, R. C. (1982) *Problems of Vietnamese Refugees in United States*.
- Nguyen, Dang Anh and Cantavanich, Supang (2004) *Uprooting People for Their Own Good? Human Displacement, Resettlement and Trafficking in the Greater Mekong Sub-Region*.
- Perrin, P. (1996) *War and Public Health*. ICRC, Geneva.
- Physicians for Human Rights (1997) *Torture in Tibet*. Physicians for Human Rights, Boston.

- Pran, Dith (1997) *Children of Cambodia's Killing Fields*. Silkworm Books, Thailand.
- Put, Willem van de; Eisenbruch, Maurice and Thomassen, Lud (1997) *Transcultural Psychosocial Organization*. Cambodia.
- Ressler, Everett M.; Tortorici, Joanne Marie and Marcelino, Alex (1993) *Children in War. A Guide to the Provision of Services. A Study for UNICEF*. UNICEF, New York.
- Salovey, Peter and Rothman, Alexander J. (2003) *Social Psychology of Health*. Psychology Press, New York.
- Sandler, Richard H. and Jones, Thomas C. (1987) *Medical Care of Refugees*. Oxford Univ. Press, New York.
- Santomi, Al and Eisenstein, L. J. (1988) *Refugee Denied: Problems in the Protection of Vietnamese and Cambodian in Thailand and the Admission of Indochinese Refugees into the United States*. Lawyers Committee for Human Rights. Washington, D. C.
- Shalev, Arie Y.; Yehuda, Rachel and McFarlane, Alexander C. (2000) *International Handbook of Human Response to Trauma*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Somasundaram, Daya and Kall, Kann (1997) *Community Mental Health in Cambodia*. Transcultural Psychosocial Organization, Cambodia.
- Summerfield, D. (1998) "The social experience of war and some issues for the humanitarian field." p. 9. In Bracken, P.; Petty, C. eds. *Rethinking the Trauma of War*. Free Association Books, London.
- Tursham, M. (1998) *What Women Do in Wartime*. Zed Book, London.
- UNESCO (1995) *UNESCO and a Culture of Peace*. UNESCO Publishing, Paris.
- Ung, Loung and Collins, Haper (2000) *First They Killed My Father. a daughter of Cambodia remembers*. New York.
- Waal, Alex De (1997) *Famine Crimes*. African Rights, London.
- Walter, Barbara F. (2002) "The Successful Settlement of Civil Wars" *Committing to Peace*. Princeton Univ., Press, Princeton.
- Webb, Nancy Boyd (2003) *Mass Trauma and Violence*. The Guilford Press, New York.
- WHO (2001) *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO, Switzerland.

雑誌、刊行物

- 青山温子（研究代表者）（2005a）「紛争後開発途上国における女性の健康問題の要因分析と改善の方策」平成14～16年度科学研究費補助金（基盤研究）報告書
（主任研究者）（2005b）「紛争後の復興開発と平和構築に対する保健医療活動の役割に関する研究」厚生労働科学研究補助金 社会保障国際協力推進研究事業報告書
- 外務省経済協力局（2004）経済協力評価報告書
- 慶応義塾大学出版会（2004）「現代の不安」『教育と医学』No. 609

- (2005a) 「期待される教育と医療」『教育と医学』 No. 619
- (2005b) 「思考力を育てる」『教育と医学』 No. 620
- 神戸市保健福祉局児童福祉部児童相談所 (1996) 「こころのケア研究報告」神戸市
- 国際開発高等教育機構 (FASID) (2001) 「進展する平和構築：紛争予防と環境」
- 国際協力事業団 (JICA) (2001) 「平和構築 - 人間の安全保障の確保に向けて - 」事業戦略調査研究
- (2002) 「効果的な復興・開発支援のための援助の枠組みの検討」『今後の平和構築支援に向けて』調査研究報告書
- 日経サイエンス (1998) 「特集 脳と心の科学 心のミステリー」『日経サイエンス別冊 123』
- 日本平和学会 (2005) 『平和研究』第27号
- UNICEF (1986) 『世界子ども白書』
- American Journal of Public Health*, March 2005
- Democratic People's Republic of Korea (2004) *Consolidated Appeals Process*. United Nations, Geneva.
- Ethics & International Affairs (2004) Carnegie Council.
- Guha-Sapi, Debarati and Panhuis, Willem G. van (2002) *Armed conflict and public health. A report on knowledge and knowledge gap*. CRED. Catholic Univ. Louvain. Brussels.
- Mental Health in Emergency (2003) *Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. WHO Dpt. Mental Health and Substance Dependence. WHO Geneva.
- MOH (2009) *Health in Iraq*. MOH.
- Oxfam (2000) *Cambodia*.
- Polaski, Sandra (2004) *Cambodia, Blazes a new path to economic growth and job creation*. Carnegie Paper.
- Prehospital and Disaster Medicine*, January-March 2004.
- Psychological Effect of Complex Emergencies (1999) *Conference Paper for Complex Emergency*. United Nations (2004) *Sudan 2004 Consolidated Appeals Process*, Geneva.
- UNESCO (1995) *UNESCO and a Culture of Peace*. UNESCO publishing.
- UNHCR (2000) *Handbook for Emergencies*. 2nd edition.
- UNICEF (1998) *NUPSNA Northern Uganda Psycho-Social Needs Assessment Report*. UNICEF Uganda.
- (1999) *UNICEF South Sudan Annual Report 1999*
- WHO (2002) *World Report on Violence and Health*.
- (1998) *A health situation assessment report in North and South Sudan*. WHO EHA field report.
- World Bank (2003) *Breaking the Conflict Trap: Civil War and Development Policy*. A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press, New York.
- World-Watch Institute (2005) *State of The World*.

文献

喜多悦子 (2001) 「新しい災害 - 人道的危機」『日本集団災害医学会雑誌』 5: 79-89

Addukovic, M. and Ajducovic, D. (1998) "Impact of displacement on the psychological well-being of refugee children." *International Review of Psychiatry*, 186-196.

Ayalon, O. (1998) "Community healing for children traumatized by war." *International Review of Psychiatry* 10: 224-233.

Becker, J. V. (1994) "Sexual problems of sexual assault surveyors." *Women's Health* 9: 5-15.

Berthold, P. R. (1992) "Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept." *The British Journal of Psychiatry* 161: 742-748.

Blakeney, P.; Robert, P. and Meyer, W. J. (1998) "Psychological and social recovery of children disfigured by physical trauma: elements of treatment supported by empirical data." *International Review of Psychiatry*. 10: 196-200.

Bloch, E. (1993) "Psychologists in Croatia work to ease trauma among war victims." *Psychol. International* 4: 1.

Bracken, P. J.; Giller, J. E. and Summerfield (1995) "Psychological responses to war and atrocity: The limitation of current concepts." *Social Science and Medicine*, 40, 1073-1082.

Burkholder, B. T. and Toole, M. J. (1995) "Evolution of complex disasters." *Lancet*. 346: 1012-1015.

Center for Diseases Control and Prevention (1993) "Status of public health in Bosnia and Herzegovina," August-September, 1993. *MMWR* 42: 973-977.

Coupland, R. M. and Korver, A. (1991) "Injuries from antipersonnel mines: The experience of International Committee of the Red Cross." *Brit. Med. Jr.* 303: 1509-1512.

Dodge, C. P. (1990) "Health implication of war in Uganda and Sudan." *Social Science and Medicine*. 31: 691-698.

Gal, R. (1998) "Colleague in distress: 'helping the helpers'" *International Review of Psychiatry* 10: 234-238.

Goodhand, J. and Hulme, D. (1999) "From wars to complex political emergencies: Understanding conflict and peace building in the new world disorder." *Third World Quarterly* 20: 13-26.

Iacopino, V.; Heisler, D. S. Pishevar and Kirschner, R. H. (1996) "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examination in Turkey." *JAMA*. 276: 396-402.

Joshi, P. T. (1998) "Childhood trauma." *International Review of Psychiatry* 10: 173-174.

Joshi, P. T. and Kaschak, D. G. (1998) "Exposure to violence and trauma: Questionnaire for adolescents." *International Review of Psychiatry*. 10: 208-15.

Mathers, C. D. et al. (2004) "Global Burden of Disease to 2002: data sources, methods and results." *Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 54*, WHO.

McMahon, P. M., Goodwin, M. M. and Stringer, G. (2000) "Sexual violence and reproductive health." *Maternal Child Health Jr.* 4: 121-124.

- van Ommeren, M., Saxena, S. and Saraceno, B. (2005) "Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?" *Bull. WHO* 83: 71-77.
- Palmer, C. and Zwi, A. (1998) "Women, health and humanitarian aid in conflict." *Disasters* 22: 236-249.
- Shrestha, N. M.; Sharma, B.; Van Ommeren, M.; Regmi, S.; Makaju, R.; Komproe, I.; Shrestha, G. B. and de Jong, J. T. (1998) "Impact of torture on refugees displaced within the developing world," *JAMA*. 280: 443-448.
- Taylor, C. (1998) "How care for childhood psychological trauma in wartime may contribute to peace." *International Review of Psychiatry* 10: 175-178.
- Toole, M. J.; Galson, S. and Brady, W. (1993) "Are war and public health compatible?" *Lancet* 341: 1193-1196.
- Ugalde, A.; Zwi, A. and Richards, P. (1999) "Health consequences of war and political Violence." In L. Kurtz ed. *Encyclopedia of Violence*. 103-121, Academic Press. New York.
- Weine, S., Danieli, Y. et al. (2002) "Guideline for International Training in mental Health and Psychosocial Intervention for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Setting." *Psychiatry* 65: 156-164.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004) "Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental health disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey." *JAMA* 291: 2581-2590.
- Wissow, L. S. (1995) "Child abuse and neglect." *NEJM* 332: 1425-1431.

略 歴

喜多 悦子（きた えつこ）

兵庫県宝塚市生まれ。高校時代（1950年代）東南アジアを中心にMEDICOというNGOを設立し活躍したThomas Dooleyの経験（日本語版リーダーズ・ダイジェスト）を読み、医学部に進学。約20年、先進国（日本、米国）での医学の臨床、教育、研究に従事後、40歳代で国際保健分野に入る。JICA中日友好病院専門家をきっかけに、現厚生労働省国立国際医療センター国際協力局に所属。1988年、わが国初の紛争地派遣として、パキスタン・ペシャワールに新設されたUNICEFアフガニスタン事務所に勤務、難民キャンプのみならず、ムジャヒディーン支配下のアフガニスタン辺境地で予防接種、母子保健計画を実施。その後、ジョンズ・ホプキンス大公衆衛生大学院特別研修生を経て、国立国際医療センター派遣協力課長として、わが国ODAの保健医療分野に従事。さらにWHO緊急人道援助部勤務時には、タリバン支配下のアフガニスタン、アフリカの紛争地など、世界の紛争地の保健活動支援を企画、実践した。2000年日本赤十字社本社国際部コーディネーター、2001年より日本赤十字九州国際看護大学教授（国際保健）、2005年より同大学学長。また、2001年来、早稲田大学大学院アジア太平洋研究科客員教授。本来、目指していた母子保健ではなく、紛争地や紛争後地域へのかかわりが多いことから、災害／紛争医学、紛争防止と平和構築、人間の安全保障とヘルスなどが、現在のテーマ。世界緊急災害医学会、日本国際保健医療学会、日本開発学会、日本評価学会各理事など。